Année. 9e Série. Tome III. N° 1 4 Janvier 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

A NOS ABONNÉS

Le prix de l'abonnement annuel à la *Gazette Médicale* est dorénavant de *cinq francs* pour la France et de *sept francs* pour l'étranger.

Nous enverrons à ceux de nos lecteurs qui nous ont déjà versé le montant de leur abonnement la différence à laquelle ils ont droit.

Si nous commettons quelque oubli, nous demandons aux intéressés de ne pas hésiter à nous le signaler.

La Direction.

M. Devy, dessinateur à la Faculté de Médecine, nous demande l'insertion de la lettre suivante; il est de notre devoir de la lui accorder. Nous considérons désormais comme terminé le débat personnel qu'a soulevé cette affaire.

A Messieurs de Ranse et Pierre Sebileau, directeurs de la Gazette Médicale.

Messieurs et chers amis,

Il a plu à M. Poirier de se transformer en client de Maitre Ormeaux, huissier.. A son aise. Mais je n'ai pas à répondre au client de Maitre Ormeaux, même pour démentir les allégations plus ou moins ingénieuses qui vous ont été signifiées pour le réveillon.

J'estime, en outre, que l'histoire de mes démêlés particuliers ne serait d'aucun intérêt pour les lecteurs du journal et suis décidé à me cantonner sur un terrain exclusivement scientifique.

Puisque les Lettres bibliographiques et critiques « *ne sont plus pour être désagréables* » au Docteur Wasp, « *au contraire* », il va sans dire qu'elles poursuivront leur obscure carrière. Le Dr Bee n'a aucune raison de refuser à M. Poirier cette satisfaction, la seule qu'il soit en passe de lui offrir aujourd'hui.

C'est donc avec plaisir que je continuerai au nouveau *Traité d'Anatomie humaine* une collaboration gratuite et désormais obligatoire, en signalant et, au besoin, en redressant les nombreuses erreurs qui tomberont sous mes yeux.

La *Gazette* recevra lundi l'article sur la *cuisse* (ostéologie, arthrologie et myologie). Je compte que vous voudrez bien l'insérer dans le prochain numéro du journal.

Pour couper court à toute équivoque, cette troisième lettre, comme celles qui suivront chaque semaine, sera signée :

Georges Devy,
Dessinateur de la Faculté de Médecine.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. LE PROFESSEUR TARNIER

De l'insertion vicieuse du placenta.

La femme, dont vous avez vu l'enfant et le placenta, est une primipare.

Les dernières règles datent de la fin de novembre : elle était donc enceinte de six mois et demi environ.

Dès le début de sa grossesse, cette femme avait des vomissements qui se répétaient plusieurs fois par jour : ces vomissements n'ont pas cessé jusqu'au jour où elle a accouché.

Ce n'étaient pas des vomissements incoercibles à proprement parler, mais des vomissements assez violents et fréquents.

Il faut, messieurs, tenir compte de ce fait qui a son importance. Les vomissements qui se répètent fréquemment et durent assez longtemps, comme chez cette femme, font que la nutrition devient incomplète et que, par suite, la femme est notablement affaiblie.

J'ajoute que, pendant les vomissements, notre malade perdait du sang par les organes génitaux.

Ces hémorrhagies se sont répétées à trois reprises différentes pendant les deux premiers mois.

Faut-il voir une corrélation entre ces hémorrhagies et l'insertion vicieuse du placenta qui existait chez cette femme, comme vous allez le voir? Non.

D'abord, parce que l'effort, par lui-même, peut provoquer des hémorrhagies capillaires. Vous savez qu'on observe souvent dans les matières vomies des stries de sang qui proviennent de la rupture des capillaires, produite par l'effort. On voit même, chez des individus très forts, très sanguins, de petites hémorrhagies sous-conjonctivales.

Ceci nous montre déjà qu'il n'est pas nécessaire d'établir des rapports entre les hémorrhagies et l'insertion vicieuse du placenta pour les expliquer.

D'autre part, — et ce fait est encore plus important — pendant les troisième, quatrième, cinquième, sixième mois, la femme n'a eu aucune hémorrhagie.

Etant donné que, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, des villosités choriales couvrent déjà le col pendant les deux premiers mois, produisant ainsi un excès de vascularisation, on peut très bien expliquer les hémorrhagies par la rupture des capillaires de ces villosités, sans invoquer le mécanisme ordinaire des hémorrhagies dans les cas de placenta prævia.

Je vous ai dit que cette femme était enceinte de six mois et demi. Ce qui le prouve bien, c'est le poids de l'enfant. Il pesait 1.400 grammes. Dans mes nombreuses recherches sur le poids des enfants aux différents âge de la grossesse, recherches faites à la Maternité et ici, à la Clinique, j'ai toujours trouvé un poids de 1.300 grammes pour un enfant de six mois. Celui-ci pèse cent grammes de plus étant âgé de deux semaines de plus.

Revenons à notre malade. Avant-hier, elle fut prise des douleurs d'accouchement ; les douleurs ne s'arrêtant pas dans la soirée, elle fut emmenée à la Clinique où elle arriva à 1 h. du matin.

A 8 h. du matin, elle fut examinée par une dame — dont j'ignore le nom — et immédiatement, pendant l'examen même, une hémorrhagie se produisit.

Remarquez que notre malade ne perdait pas de sang depuis plus de quatre mois, qu'elle n'en a pas perdu pendant toute la nuit malgré le travail. On pratique le toucher et le sang apparaît.

J'insiste sur ce fait qui vous montre combien il faut être doux dans ces cas, combien le toucher doit être délicat. La dame qui a examiné notre femme a sans doute trouvé quelque chose qui lui parut peu ordinaire. Elle voulut se rendre bien compte et poussa sans doute son doigt trop profondément, avec trop d'insistance ; elle décolla un cotylédon du placenta : de là l'hémorrhagie.

C'est un fait qui se produit souvent. Plus tard, dans votre clientèle, quand vous vous trouverez en face de ces cas, pratiquez, je le répète, le toucher de façon aussi délicate que possible.

Mon chef de clinique, M. Demelin, est appelé au moment de la visite. Il examine la femme, trouve le col presque entièrement effacé, mais non encore dilaté ; par le palper combiné au toucher, il s'assure que la partie fœtale qui se trouve au détroit supérieur est le sommet.

Promenant son doigt autour du petit orifice du canal utérin, M. Demelin sent partout des cotylédons.

La première chose à faire, c'était d'arrêter l'hémorrhagie. Mais comment ?

Il pensa d'abord à rompre les membranes, mais, comme je viens de vous dire, on rencontrait partout le placenta.

Il voulut alors perforer le placenta, mais ne réussit pas ; et cela pour deux raisons : La femme est très indocile, difficile à examiner, se débattant à chaque instant. Voilà la première difficulté. Deuxième difficulté : un vagin étroit de primipare et la partie fœtale très élevée. Pour arrêter l'hémorrhagie, il aurait fallu introduire dans le vagin la main tout entière, ce qui était impossible. Alors, M. Demelin finit par faire ce par quoi il aurait peut-être dû commencer : il appliqua un tampon. Dès que le tamponnement fut fait, l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

La femme garda le tampon jusqu'à 5 heures du soir. A ce moment, M. Demelin le retira et trouva une dilatation du col large comme une pièce de deux francs : cette fois encore, on constata partout des cotylédons placentaires ; impossible de trouver une partie des membranes. Il s'agissait donc d'une insertion centrale ou, du moins, le placenta recouvrait le col tout entier.

Comme la femme perdait de nouveau du sang, M. Demelin se décida à perforer le placenta et à introduire le ballon de M. Champetier de Ribes. Pour cela, il fallut anesthésier la malade. Or, chez une femme qui a perdu beaucoup de sang, l'anesthésie par le chloroforme n'est pas sans danger. Le chloroforme provoque des syncopes qui peuvent être suivies de mort. M. Demelin endormit la femme au moyen de l'éther, préconisé, comme vous le savez, par les chirurgiens de Lyon, qui prétendent que cet agent présente beaucoup moins de dangers que le chloroforme.

Une fois la femme endormie, on introduisit la main dans le vagin, mais on ne put rompre le placenta par le doigt et l'on eut recours à un perforateur. Le placenta perforé, il s'écoula une grande quantité de liquide amniotique ; on mit le ballon de M. Champetier et l'hémorrhagie s'arrêta.

Pour activer la dilatation, on faisait gonfler et dégonfler le ballon et on tirait sur lui de façon à l'appuyer sur le pourtour de l'orifice utérin.

Sous l'influence de ces manœuvres, la dilatation se fit assez rapidement et l'on put extraire l'enfant par la version pelvienne. La délivrance fut opérée immédiatement après, sans difficulté, la femme remise dans son lit, et son état, comme vous avez pu le voir ce matin, est absolument parfait.

Ce cas m'amène à vous parler de la conduite à tenir dans les cas d'hémorrhagies dépendant de l'insertion vicieuse du placenta.

Ce qu'il faut faire, c'est *terminer l'accouchement le plus tôt possible*. Les anciens accoucheurs le savaient bien, mais, pour terminer l'accouchement, il faut que le col soit dilaté ou dilatable, et ils ne possédaient aucun instrument qui leur permît d'arriver à ce but.

Au XVIIe siècle, on conseilla l'accouchement forcé qui consistait à introduire les doigts dans le col en le dilatant autant que possible. Cette pratique amena tant de cas de mort qu'on finit par y renoncer.

Alors surgit une autre méthode, — la rupture des membranes, — méthode défendue par Maurillac Pusoz, jamais abandonnée, et que M. Pinard, dans ces derniers temps, voulut généraliser et appliquer à tous les cas.

Je ne partage pas sa manière de voir.

La rupture des membranes ne donne pas toujours le résultat qu'on en veut obtenir, puisqu'il arrive que l'hémorrhagie continue, la rupture une fois opérée.

Roux, de Dijon, proposa une autre méthode : le tamponnement. Cette nouvelle méthode, partie de Dijon, fit le tour de la France et de l'étranger, et bientôt les accoucheurs du monde entier purent apprécier ses qualités.

En effet, c'est le meilleur traitement pour arrêter l'hémorrhagie.

Le tamponnement s'applique de façons très variées. On emploie la charpie, le coton ou des instruments. En Allemagne, Braun inventa une vessie en caoutchouc. Chassani remplaça cette unique vessie par deux vessies superposées. On appliquait ce dernier appareil de la façon suivante : on remplissait d'abord la vessie du bas, ensuite on poussait l'eau dans celle du haut, qui, ne pouvant descendre, — arrêtée par la vessie du bas distendue. — pénétrait dans le col et s'y appliquait étroitement. C'est du moins ce qu'espérait l'auteur. J'ai essayé l'instrument de Chassani, et j'y ai renoncé.

Je ne dirai qu'un mot en passant du traitement conseillé par Braxton-Nix qui consiste à faire le tamponnement et à extraire l'enfant par la version bipolaire : ce n'est pas toujours commode.

Barns, de Londres, a indiqué un traitement multiple. Il consiste à rompre les membranes, à dilater le col au moyen d'un ballon qu'il a imaginé, décoller le placenta sur toute la longueur du doigt et extraire l'enfant.

Tout récemment, M. Champetier de Ribes inventa son ballon qu'il destinait aux accouchements prématurés artificiels, et qui peut parfaitement servir pour les hémorrhagies dépendant d'une insertion vicieuse du placenta. J'accepte cette manière de faire.

En somme, nous revenons à ce que disaient les anciens accoucheurs : il faut terminer l'accouchement le plus tôt possible.

Vous aurez donc deux moyens à votre disposition : la rupture des membranes ou le tamponnement et la dilatation artificielle, soit par le ballon de Barns, soit par celui de M. Champetier.

Les deux méthodes peuvent réussir. Vous ne trouverez pas chez moi ce pessimisme exclusif que je regrette et que je blâme chez les autres ; mais, vous l'avez vu, M. Demelin, lui, tout en se trouvant dans les meilleures conditions, ici, à la Clinique, pourvu de tout l'outillage nécessaire, n'a pas pu rompre les membranes.

Croyez-vous que cela ne peut pas arriver quelque part en province, dans un chef-lieu de canton où le médecin est loin d'être aussi outillé que nous le sommes ici et ne possède ni l'expérience ni le savoir de M. Demelin ?

Il n'a pu rompre les membranes et il a dû recourir au tamponnement et à la dilatation artificielle ; il put ainsi sauver la vie à cette femme dont l'état ne laisse rien à désirer maintenant.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Pathogénie de l'iritis.

Ahlstrom *(Beitrage zur Augenheilk., Band XXI)* a fait une iridectomie chez deux malades atteints d'iritis subaiguë avec symptômes de rhumatisme articulaire. Il a ensuite introduit dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin la partie d'iris ainsi excisée par lui. Bientôt se montrèrent chez le lapin des symptômes inflammatoires : d'abord de l'infection périkéritique, puis un exsudat membraneux de la pupille.

Peu après on énucléa l'œil du lapin. L'iris était le siège d'une infiltration cellulaire diffuse, mais les autres parties du globe oculaire n'étaient pas atteintes. Enfin l'auteur n'a pas trouvé de microorganismes dans l'œil de ce lapin.

Telles sont les lésions qu'a produites chez le lapin l'introduction d'un fragment d'iris atteint d'iritis dans la chambre antérieure de l'œil. L'auteur a aussi inoculé au lapin l'humeur aqueuse d'un des malades opérés. Mais, ici, il ne s'est montré aucun trouble chez le lapin. De même, l'humeur aqueuse du lapin inoculé était stérile.

De cette expérience, Ahlstrom conclut que l'iritis rhumatismale jouit de propriétés inflammatoires spéciales. On ne sait exactement quelle est la nature de cette inflammation, mais le fait en lui-même jette un certain jour sur la pathogénie de l'iritis qui apparaît au cours du rhumatisme. Sa nature inflammatoire semble hors de doute par cette expérience. Celle-ci est intéressante en ce sens qu'elle peut servir utilement dans la recherche de la nature du rhumatisme articulaire proprement dit, de même que dans la recherche de ses manifestations du côté de l'iris.

En tous cas, la nature microbienne du rhumatisme ne semble plus faire aucun doute aujourd'hui ; celle de ses complications les plus fréquentes, d'ordre cardiaque, d'ordre pulmonaire, paraît bien se rattacher à une cause de même ordre. Tout porte donc à croire que les complications iriennes, pour être moins fréquentes, ne s'en rapportent pas moins à une origine microbienne.

Du cœur des tuberculeux.

A la *Société de médecine interne de Berlin*, **Leyden** a traité de la question du cœur chez les tuberculeux.

Après avoir rappelé l'ancienne théorie qui proclamait l'antagonisme de la tuberculose et des affections du cœur, l'auteur a continué l'historique de la question, et montré comment l'on est arrivé à connaître la péricardite tuberculeuse et les endocardites de même nature.

Puis l'auteur a vivement insisté sur les différentes manifestations cardiaques des tuberculeux. Il a même cité deux observations intéressantes portant sur deux malades qu'il a observés ces derniers temps.

La première de ces malades était une phtisique ayant un souffle systolique à la pointe du cœur. La tuberculose pulmonaire et l'affection cardiaque allèrent en augmentant parallèlement. Il y eut même bientôt un souffle aortique, avec hydropisies, œdème des jambes. Et les faits forcèrent l'auteur à porter le diagnostic d'endocardite aiguë. La malade mourut bientôt. On constata l'endocardite à l'autopsie, et on vit en même temps que dans cette endocardite se trouvaient nombre de bacilles tuberculeux.

Ainsi l'autopsie montra qu'une endocardite aiguë était due au bacille de Koch, alors qu'une affection de ce genre évolue le plus souvent en dehors de toute intervention du bacille de Koch. Ici est bien la preuve que la tuberculose exerce son action sur le cœur.

De même, un second malade atteint d'endocardite ulcéreuse étant mort, Leyden a encore constaté chez lui la présence de bacilles tuberculeux dans l'endocarde, par l'examen microscopique de la pièce.

Tous ces faits ont leur intérêt, aujourd'hui que la question de la pathogénie des endocardites est de celles sur lesquelles ont le plus souvent porté les expériences de ces dernières années. La nature microbienne de l'endocardite étant connue, il restait à savoir quel en était le microbe. On sait aujourd'hui que ce microbe n'est pas unique, mais que plusieurs microbes peuvent provoquer l'endocardite ; encore une fois, Leyden vient de montrer que le bacille de Koch en est également capable.

ANGLETERRE

Tuberculose de l'oreille moyenne.

M. W. Milligan, à la *British Medical Association*, a fait, à ce sujet, une communication dont voici les principaux points :

Différents chemins s'offrent au bacille de Koch pour envahir l'oreille moyenne. C'est d'abord la trompe d'Eustache, ce sont ensuite les vaisseaux lymphatiques et sanguins. Enfin, quand le tympan est perforé, il est évident que le conduit auditif externe peut aussi servir de voie d'entrée au bacille de la tuberculose.

La tuberculose ordinaire de l'oreille moyenne est consécutive à celle d'un autre organe, comme le larynx ou le poumon. Il est facile de voir comme des voies respiratoires le bacille de Koch peut facilement pénétrer dans la trompe d'Eustache. Là il peut se comporter de deux façons fort différentes. Ou bien la trompe d'Eustache ne fait que servir de passage au bacille, ou bien sa muqueuse s'infiltre de granulations tuberculeuses, et de proche en proche s'infiltre aussi celle de l'oreille moyenne.

L'otite moyenne tuberculeuse a bien des caractères cliniques qui permettent de la différencier d'une otite d'autre origine. L'écoulement de pus se fait subitement. On ne trouve pas de signes inflammatoires ordinaires. Le tympan n'a pas l'aspect enflammé que l'on est habitué à voir. Il offre plutôt une teinte pâle, un aspect œdémateux. Le douleur est, en général, peu marquée. Enfin, il y a souvent hypertrophie des ganglions périauriculaires. Et souvent aussi cette otite s'accompagne de paralysie faciale.

Quant à l'écoulement, il est ordinairement très abondant, parfois sanieux, et de bonne heure il devient fétide. Il est souvent accompagné de fragments de tissu, indice d'une désorganisation profonde et rapide des organes contenus dans l'oreille moyenne.

Si ces signes cliniques ont une valeur incontestable, ils n'en sont pas moins insuffisants, car très souvent ils sont peu marqués ou font même défaut. Aussi le clinicien est-il souvent obligé de chercher le bacille de Koch dans le pus. Mais vu la difficulté de cette recherche, c'est à l'inoculation qu'il faudra s'adresser en cas de doute.

En présence d'une otite moyenne de natre tuberculeuse, à côté du traitement général, il faudra avoir recours au traitement local, si les lésions osseuses sont très prononcées. Dans ce cas, il faudra trépaner l'apophyse mastoïde le plus vite possible, enlever tous les produits tuberculeux, établir une communication avec l'oreille moyenne et le conduit auditif externe; enfin l'on mettra dans le tout de la gaze iodoformée. Le chlorure de zinc pourra aussi, dans certaines circonstances, rendre de vrais services. On voit qu'en somme ce traitement local repose sur les mêmes principes que celui de toute tuberculose locale.

Procédé de recherche du sucre dans l'urine.

M. Williamson (*The medical Chronicle*) expose un moyen pour trouver le sucre dans l'urine. Ce moyen, à vrai dire, n'est qu'une simplification du procédé employé per Jaksch.

Celui-ci se basait sur la réaction de la phényl-hydrazine sur le sucre de raisin. Ces deux produits donnent un composé appelé phényl-glucosazone. Pratiquement, on met en présence de l'urine un peu d'hydrochlorate de phényl-hydrazine et d'acétate de soude. L'urine renferme-t-elle du sucre? Au bout de vingt à trente minutes, pendant lesquelles le tube est mis dans l'eau bouillante, puis dans l'eau froide, on voit se former un dépôt jaunâtre d'aiguilles cristallines jaunes. C'est le phényl-glucosazone.

Voici maintenant comment Williamson a modifié le procédé. Il met dans un tube à expérience l'hydrochlorate de phényl-hydrazine, au-dessus duquel il étale une couche d'acétate de soude en poudre. Le tube est alors rempli avec de l'urine et on fait bouillir le tout. Après refroidissement, l'on voit les mêmes aiguilles que dans l'autre méthode, si l'urine contient du sucre. Si elle ne contient pas de sucre, on ne voit que de petits globules bruns et amorphes.

Telle est la méthode basée sur la réaction de la phényl-hydrazine vis-à-vis du sucre de raisin. Elle est excellente, parce qu'elle est très sensible, plus que le procédé classique, qui consiste dans l'emploi de la liqueur de Fehling.

Elle peut même servir de correctif à ce dernier mode d'examen. On sait, en effet, que la méthode de Fehling, dans certains cas douteux, donne un peu d'oxyde de cuivre par réduction. Souvent, on ne sait si cette réduction est bien caractéristique du sucre. On peut être assuré que non, si la phényl-hydrazine ne donne pas de réaction de son côté.

De plus, la liqueur de Fehling peut être réduite pour un excès d'acide urique, par la créatinine, par l'acide hippurique, par la pyrocatéchine. Ces substances n'ont pas d'action sur le phényl-hydrazine.

Cependant, l'acide glycuronique et le pentose, qui réduisent la liqueur de Fehling, donnent aussi une réaction avec la phényl-hydrazine. Auquel cas, il peut quelquefois y avoir doute. On commencera par supprimer les médicaments que pourrait prendre le malade et on recommencera la réaction quelques jours plus tard. Le résultat est-il le même, y a-t-il toujours production d'aiguilles jaunes, on peut très probablement conclure à du sucre. En effet, le pentose et l'acide glycuronique sont rarement longtemps dans l'urine en quantité assez considérable pour que la réaction se reproduise.

AUTRICHE

Névrite alcoolique.

Reichel a fait, au *Club médical de Vienne*, une communication sur deux cas de névrite alcoolique, dont le tableau général était celui de la névrite alcoolique classique, mais avec quelques modifications qui méritent d'être rapportées.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade chez qui, après quelques prodrômes communs, comme fourmillements, douleurs dans les membres, éclata une paraplégie fort nette. Cette paraplégie disparut avec l'usage de l'alcool. En même temps, il y avait abolition des réflexes, atrophie des muscles des membres inférieurs et des extenseurs des mains avec réaction de dégénérescence, œdème malléolaire, cyanose des pieds. Enfin, le malade avait en outre un affaiblissement considérable de la mémoire avec phénomènes de violente excitation. C'est évidemment là un tableau spécial de la polynévrite alcoolique. D'ailleurs tous ces symptômes se sont atténués, la paraplégie a disparu; le malade s'est remis à marcher.

Dans le second cas, il s'agissait d'un malade qui, par percussion du tendon rotulien, présentait la jambe en flexion forcée. Elle ne se mettait pas, contrairement à la règle ordinaire, en extension.

Ces quelques particularités justifiaient la communication que l'auteur a faite à ce propos.

ITALIE

De la présentation de la face.

R. Muggia (*Annali di Obst. e Ginecol.*) a étudié les causes qui président à la présentation de la face, causes qu'il range sous les deux groupes classiques : causes fœtales et causes maternelles.

Les causes fœtales sont variées : tumeurs du cou, gros volume de la tête, brièveté du reste du corps relativement à la tête, petitesse et macération du fœtus. Les causes maternelles ne sont pas moins nombreuses : grossesses répétées, hydramnios, déviation de l'utérus, obstruction de l'utérus par une tumeur latérale, placenta prœvia, vices du bassin.

L'auteur rejette la multiparité ou la primiparité comme cause vraiment réelle, contrairement à une assertion assez répandue.

La partie la plus intéressante du travail de Muggia a trait à ce qui se rapporte à l'anatomie comparée. Il a bien insisté sur ce fait que chez certains animaux, comme la vache, la présentation de la face est normale, par suite de la forme du bassin et de celle de la tête du fœtus.

Cette étude comparée des présentations chez différents animaux est un point qui, pour l'auteur, pourrait avoir une réelle importance pratique. Aussi voit-il là un sujet d'étude non seulement curieux, mais même utile à faire.

Enfin, il rappelle que parfois l'accouchement avec présentation de la face se termine vite et sans présenter aucune difficulté sérieuse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

A propos d'une phrase de notre dernier compte rendu de la séance du 18 décembre de la Société de Chirurgie : « *M. Bazy, pour expliquer les termes un peu vifs dans lesquels sa première réponse à M. Tuffier était conçue, etc.* » (Voir *Gazette Médicale* du 21 décembre 1895, page 606), M. Bazy nous adresse une longue lettre par laquelle il nous prie de faire savoir que sa vivacité était bien voulue, qu'il n'a point entendu la reconnaître, mais seulement l'expliquer. Nous sommes heureux de donner satisfaction à M. Bazy, mais nous pensons que cette discussion de priorité sur des faits déjà anciens de chirurgie urinaire ne saurait continuer davantage à propos de la communication de M. Tuffier sur l'exploration de la plèvre et du poumon. P. S.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 décembre 1895.

Elongation des muscles orbitaires dans le strabisme paralytique.

M. Panas, dans un travail lu à l'Académie, a proposé de combiner l'élongation des muscles de l'œil à la ténotomie, pour combattre le strabisme paralytique.

On opère de la façon suivante :

On incise la conjonctive avec les ciseaux. L'incision est verticale et permet de mettre à nu l'insertion du muscle à la sclérotique. Un large crochet à strabisme est introduit sous le muscle enveloppé de sa gaine ténonnienne, de façon à comprendre le tendon et son expansion aponévrotique oculaire. On fait mouvoir le crochet dans le sens latéral et antéro-postérieur et l'on sépare ainsi, largement, l'ensemble de la sclérotique sous-jacente, après quoi on procède à des tractions lentes et continues, grâce auxquelles le globe oculaire est ramené vers la commissure opposée sans qu'on éprouve la moindre résistance.

L'opération est continuée par la ténotomie classique et l'on suture, en terminant, la conjonctive au catgut.

Traitement de l'impaludisme chronique par l'ingestion de rate de bœuf et de moelle osseuse.

M. Brouardel, au nom de M. Critzmànn, lit une note donnant le résultat du traitement de l'impaludisme tenté par cet auteur à l'aide de l'ingestion de rate de bœuf et de moelle osseuse

Chaque jour, cinquante grammes de rate de bœuf hachée, délayée dans un jaune d'œuf, et dix grammes de moelle osseuse de bœuf ont été administrés à des malades atteints de cachexie palustre. Après un mois de ce traitement, tous les signes de cette cachexie: palpitations, amaigrissement, œdème périmalléolaire ont cessé définitivement.

Il semble donc que les accidents de l'impaludisme chronique puissent être traités avec succès par un agent thérapeutique d'origine animale, comme on traite la cachexie pachydermique, par exemple.

Du traitement opératoire de la myopie progressive.

M. Valude. — Beaucoup d'ophtalmologistes émettent les plus grandes réserves en ce qui concerne le traitement de la myopie progressive par l'ablation des masses cristaliniennes. Ils sont arrêtés, dans ce fait, par l'état normal de l'organe qu'il faut enlever et par la difficulté et les dangers de l'opération sur un œil atteint de myopie extrême.

J'estime, néanmoins, que l'ablation du cristallin transparent devient une opération obligée quand les individus sont atteints d'une myopie telle que les verres les plus puissants ne la corrigent pas et que ces malades deviennent même incapables de se conduire.

Dans ce but, j'ai traité récemment deux sujets atteints de cette myopie extrême et qui étaient dans l'impossibilité de faire quoi que ce fût. J'ai pratiqué d'abord l'iridectomie sur les deux yeux avec la discission. Quelques jours plus tard, j'ai extrait le cristallin.

Aujourd'hui, mes deux opérés lisent, avec les deux yeux, les plus fins caractères d'un livre; leur acuité visuelle de loin est très bonne et ils peuvent entreprendre toutes les professions.

Conclusion : J'estime que l'ablation du cristallin devient une opération indiquée, non seulement chez les myopes qui en sont arrivés au dernier degré de la myopie, mais aussi chez ceux dont la myopie est insuffisamment corrigée par l'usage des verres.

De la variolo-vaccine.

M. Hervieu lit à l'Académie un mémoire dans lequel il s'élève contre la substitution de la variolo-vaccine à la vaccine jennérienne et dans lequel il s'élève surtout contre la prétendue supériorité de la variolo-vaccine sur la vaccine de Jenner.

La vaccine de Jenner a fait ses preuves. Ses vertus sont établies par une expérience séculaire. Elle tend enfin à faire disparaître la variole grâce aux revaccinations successives.

On se rappelle que MM. Béclère, Chambon et Ménard ont, à la dernière séance de l'Académie (Voir *Gazette Médicale* du 28 décembre 1895), donné les résultats de recherches expérimentales prouvant l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée.

De la cholécystectomie.

M. Lejars donne les observations de trois malades chez lesquelles il a pratiqué, avec succès, la cholécystectomie : les deux premières pour coliques hépatiques frustes ; la troisième pour cholécystite suppurée d'origine calculeuse.

M. Clozier (de Beauvais) remet une note dans laquelle il dit que l'atonie intestinale débute, le plus souvent, dans la première enfance et qu'elle est la conséquence de tétées trop fréquentes ou trop abondantes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 décembre.

Rougeoles à rechutes.

MM. Chauffard et **Lemoine** rapportent les observations de onze malades qui ont présenté à peu près vers la même époque, c'est-à-dire dans des conditions probablement identiques de virulence épidémique, des rechutes de rougeole.

La durée de la période qui a séparé la rechute de la rougeole primitive s'est montrée très variable suivant les différents cas;

elle a oscillé entre onze et quarante jours. Aucune des rougeoles initiales ou des recbutes n'a été sérieuse.

La pathogénie de la rougeole à recbutes ne doit pas être cherchée dans une exaltation de la virulence du germe morbilleux. L'encombrement paraît avoir été la cause de ces récidives.

Le premier groupe de ces rougeoles à recbutes s'est montré dans un service d'isolement encombré depuis plusieurs mois. Le second groupe comprend huit cas qui ont évolué coup sur coup dans une même famille. On comprend combien de pareils milieux deviennent saturés du germe spéficique encore inconnu de la rougeole et quelle puissance de contagion celui-ci peut acquérir. Si le convalescent ne tient de sa première atteinte qu'une immunité faible ou peu durable, il pourra se réinfecter et subir la rechute. Celle-ci serait donc le résultat d'une réinfection rubéolique exagérée.

M. Béclère croit plutôt qu'il y a eu deux épidémies successives de rougeole et de rubéole; il rappelle les difficultés que présente le diagnostic différentiel entre la rougeole et la rubéole.

M. Chauffard. — Dans l'épidémie de famille que j'ai rapportée, les rechutes ne se sont montrées que chez les personnes atteintes de la premième affection éruptive. Les personnes de la familles épargnées au début par la rougeole, auraient pu cependant être atteintes par la rubéole.

M. Bucquoy rapporte deux observations de recbutes de rougeole, en particulier chez deux jeunes filles sœurs, entrées dans son service de l'hôpital Cochin. Il ne croit pas à une réinfection, mais à une évolution anormale d'une même rougeole.

M. Siredey. — L'année dernière, à Aubervilliers, malgré l'encombrement du service pendant plusieurs mois, je n'ai pas observé de rougeoles à recbutes.

Du méningisme.

M. Gaillard rapporte deux cas de méningisme :

Le premier concerne une jeune infirmière qui, pendant plusieurs jours, a souffert de céphalalgie atroce, avec vomissements, constipation, raie méningitique, etc. ;

Le second a été observé chez un jeune homme à la suite d'une vive contrariété.

Jamais ces malades n'ont présenté de fièvre. Ils ont guéri, l'un en huit jours, l'autre en trois semaines.

Le bureau de la Société est ainsi composé pour 1896 :

Président : M. d'Heilly.
Vice-président : M. Debove.
Secrétaire général : M. Rendu.
Secrétaires des séances : MM. Siredey et Louis Guinon.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 décembre.

L'antisepsie intestinale par la purgation.

MM. A. Gilbert et **Dominici** ont étudié l'action antiseptique des purgatifs. Leurs expériences leur ont démontré que l'administration des purgatifs à un individu sain déterminait une élimination plus active des microbes.

La purgation, qui amène une augmentation remarquable du nombre des germes contenus dans les fèces, entraîne sans doute aussi un accroissement de leur virulence, puisque les microbes de l'intestin grêle sont plus virulents que ceux du gros intestin.

Autre notion : la diarrbée semble entraîner une augmentation du nombre et de la virulence des microbes des fèces, de même que la multiplication, dans le tube intestinal, des germes qui le peuplent, semble exalter la virulence de ces germes et amener la production de la diarrbée.

Les expériences faites par MM. Gilbert et Dominici leur ont démontré, de plus, que les purgatifs administrés désinfectent le tube intestinal et amènent une asepsie, sinon absolue, du moins remarquable de ce canal. Quant à la durée de cette asepsie, elle semble être assez courte.

Enfin, le régime lacté, par son action lente et progressive, est capable de déterminer une asepsie presque absolue du tube digestif. Cette asepsie s'exerce constamment, tant que dure le régime lacté.

Donc, les purgatifs et le régime lacté sont deux modes d'obtenir l'asepsie du tube digestif. Mais tandis que les purgatifs ont une action rapide et courte, le lait produit des effets lents à s'établir mais constants.

Fonction protectrice active de la muqueuse intestinale.

M. Cassin. — Certains corps, toxiques quand on les introduit par les veines, perdent en partie leur toxicité quand on les introduit par le tube digestif.

Les expériences faites par MM. Cassin et Charrin ont eu pour effet d'étudier la cause de ce phénomène.

Cette cause ne réside pas dans l'estomac, car les corps introduits directement dans l'iléon, évitant le passage de l'estomac, produisent les mêmes effets.

Cette cause ne réside pas davantage dans les ferments et sécrétions que renferme l'intestin, attendu que les effets sont sensiblement égaux si on a eu soin de balayer, pour ainsi dire, son contenu.

De par les dispositions anatomiques, on ne peut donc attribuer la fonction protectrice recherchée que dans le foie ou dans la paroi intestinale.

Or, comme le fait a été établi en 1888, la protection du foie est absolument insuffisante pour expliquer l'innocuité de l'absorption de certains produits toxiques.

Reste donc à étudier le rôle de la paroi intestinale.

Or, les recherches poursuivies par MM. Cassin et Charrin paraissent mettre en lumière la fonction protectrice de la muqueuse intestinale. Ces auteurs soutiennent que la muqueuse intestinale exerce une protection active vis-à-vis de certains poisons microbiens, mais ils ne peuvent pas se prononcer sur le mécanisme intime de cette protection : dialyse, modifications, rétention, fixation, combinaison des procédés.

M. Charrin annonce que ces recherches conduisent à l'étude plus complète des fonctions de la muqueuse intestinale. Il cherchera à établir ce qui revient, dans la physiologie intestinale, aux lenteurs de la dialyse, à la nature colloïde des principes qui, par le fait de leur composition, se trouvent retenus, aux modifications véritables, rappelant ce qui se passe en physiologie. Il cherchera si cette muqueuse agit sur les albumines bactériennes comme elle agit sur celles des aliments.

Lésions expérimentales du cœur provoquées par la toxine diphtérique.

M. Malassez, au nom de MM. Mollard et Regaud (de Lyon), communique une note dont voici le résumé :

Les lésions du cœur d'animaux morts empoisonnés par la toxine diphtérique consistent dans le gonflement hyperplasique du protoplasma intercontractile.

Outre ces lésions, on observe, quand l'intoxication diptbérique a été aiguë, un effacement très accusé de la striation transversale des cellules musculaires cardiaques, un léger degré de dissociation segmentaire, des points d'infiltration leucocytaire et des hémorrhagies.

Enfin, la fibre striée se désagrège dans les cas d'intoxication subaiguë ; la substance contractile se diffuse et émet des boules sarcodiques offant la réaction de la myosine.

Variabilité de quelques caractères de culture du streptocoque.

M. Lemoine communique les résultats de recherches qui démontrent la variabilité de quelques caractères du streptocoque faisant penser qu'il ne s'agit que d'un seul et même streptocoque ayant subi probablement des modifications dans l'organisme d'où il a été tiré, et se comportant, par suite, différemment, dans les milieux de cultures.

Sur la culture du pneumocoque.

M. E. Mosny démontre que le sérum du sang de lapin constitue le meilleur milieu de culture pour le pneumocoque. Ce sont là des propriétés spéciales au sérum sanguin du lapin.

Sur la tuberculose expérimentale des voies biliaires.

MM. A. Gilbert et **H. Claude** ont déterminé la production de tuberculose expérimentale des voies biliaires en injectant dans le canal cholédoque une culture de bacille de Koch. Le bacille a traversé la paroi des canalicules et déterminé, dans le tissu hépatique, des amas de follicules constitués par des cellules rondes, formées dans l'intervalle des travées hépatiques qui ne tardent pas à disparaître.

Dans les lésions anciennes, on trouve beaucoup de tubercules, isolés ou confluents, mais on ne peut distinguer ceux qui se sont développés dans le tissu hépatique d'avec ceux qui ont pris naissance autour des canalicules biliaires.

Dans certains cas, il existait, outre les follicules tuberculeux, une infiltration embryonnaire étendue à toute une région du foie et la disposition lobulaire était bouleversée.

Toujours, enfin, on a rencontré, outre l'existence de gros tubercules caséeux du foie, des ganglions de l'épiploon gastro-hépatique, des ganglions du médiastin et des poumons.

Sur quelques modifications de structure constantes des racines spinales.

M. de Massary. — Deux faits principaux sont à signaler dans la structure normale de la moelle : 1° tractus fibreux, étranglant et dissociant les filets nerveux ; 2° enveloppement direct par une séreuse. Ces deux faits entraînent des modifications constantes des racines après les infections et les altérations vasculaires.

Ces modifications sont les suivantes : prolifération cellulaire de la face interne de la gaîne fibreuse ; nodules embryonnaires siégeant surtout autour des vaisseaux ; dissociation des fascicules nerveux par la même prolifération.

Tuberculose de la parotide.

MM. Leguen et Marien communiquent un cas de tuberculose de la parotide dans laquelle la localisation péricanaliculaire des lésions primitives indique que le bacille a cheminé dans la glande par l'intermédiaire du canal de Sténon.

M. Thomas fait une communication sur les lésions dégénératives de la moelle consécutives à l'extirpation du cervelet du chat.

M. R. Dubois (de Lyon) envoie une note sur le mécanisme de l'autonarcose carbonique.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 6 AU 11 JANVIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 janvier, à 1 heure. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Weiss, Heim. — 1er (2e série) : MM. Blanchard, André, Chassevant. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Widal. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Pinard, Tuffier, Delbet. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Terrier, Varnier, Broca. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Letulle, Gilles de la Tourette.

Mardi 7 janvier, à 1 heure. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, Chassevant. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Roger. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Bar, Albarran. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Marfan, Achard. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Debove, Raymond, Charrin.

Mercredi 8 janvier, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Marchand, Poirier, Sebileau. — 1er (1re série) : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — 1er (2e série) : MM. Gariel, Heim, André. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Joffroy, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Tuffier, Varnier.

Jeudi 9 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Guyon, Le Dentu, Thiéry. — 1er : MM. Pouchet, Blanchard, Weiss. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Duplay, Maygrier. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Ménétrier. — 4e : MM. Proust, Raymond, Thoinot.

Vendredi 10 janvier, à 1 heure. — 1er (1re série) : MM. Gariel, Blanchard, André. — 1er (2e série) : MM. Gautier, Weiss, Heim. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Ricard, Delbet. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Reclus, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Letulle.

Samedi 11 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Farabeuf, Nélaton, Thiéry. — 1er : MM. Pouchet, Blanchard, Chassevant. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Achard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Le Dentu, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Joffroy, Marfan, Roger. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Laboulbène, Raymond, Chantemesse. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 8 janvier, à 1 heure. — *M. Grandjean :* Quelques réflexions sur la valeur clinique du chimisme gastrique (MM. Potain, Fournier, Letulle, Wurtz). — *M. Milour :* Etude sur la nature et le traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné (MM. Potain, Fournier, Letulle, Wurtz). — *M. Oundjian :* Des éruptions médicamenteuses, d'origine interne ; éruptions pathogéniques de Bazin (MM. Fournier, Potain, Letulle, Wurtz). — *M. Papazoglou :* Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique (MM. Tillaux, Reclus, Lejars, Walther). — *M. Baury :* Contribution à l'étude des fibro-myomes péri-uréthraux chez la femme (MM. Tillaux, Reclus, Lejars, Walther). — *M. Deglaire :* Contribution à l'étude des inflammations chroniques du naso-pharynx ; pharyngothérapie (MM. Tillaux, Reclus, Lejars, Walther).

Jeudi 9 janvier, à 1 heure. — *M. Robin :* Contribution au traitement chirurgical des varices (MM. Berger, Hutinel, Albarran, Hartmann). — *M. Sautieux :* Considérations sur le traitement des corps étrangers de l'œsophage (MM. Berger, Hutinel, Albarran, Hartmann). — *M. Govin :* Etude du bassin cyphotique pur au point de vue obstétrical (MM. Laboulbène, Cornil, Chantemesse, Charrin). — *M. Déran :* Bilan thérapeutique de l'électricité statique en 1895 (MM. Cornil, Laboulbène, Chantemesse, Charrin).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Sont chargés, sur leur demande et à titre de médecins des hôpitaux, de cours annexes de clinique médicale : MM. les professeurs Dieulafoy (hôpital Necker) ; Proust et Straus (Hôtel-Dieu).

M. le professeur Lannelongue est chargé, sur sa demande et à titre de chirurgien des hôpitaux, d'un cours annexe de clinique chirurgicale à l'hôpital Trousseau.

2e trimestre de l'année scolaire 1895-96.

Inscriptions.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 8 janvier 1896. Il sera clos le samedi 1er février 1896, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées de midi à 3 heures de l'après-midi (excepté les lundis et mardis).

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés : l'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Consignations pour le 1er examen de doctorat.

Les bulletins de versements des droits de consignation pour le 1er examen de doctorat ont été délivrés les lundi 16 et mardi 17 décembre.

La session aura lieu du 6 au 11 janvier 1896.

Les 5e et 6e inscriptions seront délivrées aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1895, et acquitté les droits réglementaires (40 francs).

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Toulouse.

M. le docteur Bauhy est institué, pour un an, chef des travaux de médecine opératoire.

Ecole de médecine d'Amiens.

M. le docteur Lefort est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole de médecine de Caen.

M. le docteur Noury, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Dijon.

Il est créé une chaire de physique, et M. Brunhes, docteur ès sciences, est chargé du cours de physique.

Ecole de médecine de Grenoble.

M. le docteur Porte, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. Berger (année 1896).

M. le docteur Nicolas, ancien suppléant de chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de physiologie.

Ecole de médecine de Marseille.

M. le docteur Livon, professeur de physiologie, est maintenu, pour une période de trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Rennes.

Un concours s'ouvrira le 6 juillet 1896 devant la Faculté de médecine de Paris pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rennes.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Courtois-Suffit, 17 1/2 ; Parmentier, 16 1/2 ; Le Noir, 18 1/2.

La prochaine séance aura lieu mardi 7 janvier, à 4 h. 1/2, à la Charité.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le 24 février 1896. Se faire inscrire du 20 janvier au 7 février 1896.

Concours de médaille d'or (Chirurgie).

Le concours du prix de l'internat (chirurgie) est terminé. La *médaille d'or* est décernée à M. Banzet et la *médaille d'argent* à M. Auvray ; un *accessit* est accordé à M. Riche.

Concours de l'internat.

Epreuve orale. — MM. Renault, 12 ; Ménier, 17 ; Nicolaïdi, 11 ; Nimier, 15 ; Monthus, 16 ; N. Guillot, 12 ; Cauchery, 15 ; Guillemot, 17 ; Guibaud, 19 ; Ballet, 16 ; Paul Roger, 12 ; Fresson, 16 ; Emile Weill, 17 ; Neveu, 12 ; Veau, 19 ; Ganault, 10 ; Durrieux, 16.

Total des points. — MM. Veau, 49 ; Durrieux, 46 ; Guibaud, 42 ; Guillemot, 42 ; Ménier, 42 ; Monthus, 42 ; Fresson, 42 ; Emile Weill, 42 ; Nimier, 39 ; Ballet, 37 ; Cauchery, 36 ; N. Guillot, 34 ; Nicolaïdi, 34 ; Paul Roger, 34 ; Neveu, 34 ; Renault, 32.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Marcille, 15 ; J. Lévy, 14 ; Wahl, 12 ; Ungauer, 13 ; Mauger, 15 1/2 ; Moret, 14 ; Rellay, 12 ; Thoyer, 16 ; Théohari, 16 1/2 ; Poulain, 16 1/2 ; Legay, 15 1/2 ; Renault, 14 ; C. Michaut, 15 ; G. Michaux, 15 ; Ménier, 17 ; Roques, 12 ; Minet, 15 ; Zimmern, 14 1/2 ; Mashrenier, 14 1/2 ; Monthus, 14 1/2 ; Fossard, 14 ; Ganault, 12 ; Neveu, 13 ; Audion, 14 ; Cochemé, 15 ; Clerc, 15 ; d'Herbécourt, 16 ; Fournié, 14 ; Guillot, 13 ; Iselin, 12 ; Chailloux, 13 1/2 ; Coyon, 13 ; Bacaloglu, 15 ; Brinon, 13 ; de Font-Réaulx, 14 ; Bernheim, 16 ; Fresson, 15 ; Delestre, 13 ; Elias, 15 ; Guéry, 14 1/2 ; Ballet, 14 1/2 ; Duclos, 11 ; Legrand, 6 ; Hivet, 13 ; Arnal, 12 ; Augustin Chevalier, 12 ; d'Arbois de Juhainville, 10 ; Lochelongue, 10 ; Guillermin, 14 ; Pauly, 14 ; Chalochet, 15 ; Galca, 14 1/2 ; Degrenne, 14 ; Schachmann, 13 1/2 ; Blandin, 17 ; Legrange, 13 ; Forestier, 11 1/2 ; Fachatte, 10 ; Birman, 10 ; Froussard, 14 1/2 ; H. Guillot, 11 ; Garodid, 16 1/2 ; Bluysen, 15 1/2 ; Boricaud, 13 1/2 ; Bochory, 10 ; Guessarian, 17 1/2 ; Cels, 14 ; Hamotte, 16.

Pathologie. — MM. Théohari, 14 1/2 ; Lucien Roques, 13 ; J. Lévy, 13 ; Rellay, 15 ; Minet, 15 ; Monthus, 13 1/2 ; Moret, 13 ; G. Michaux, 13 1/2 ; Ménier, 13 ; Mashrenier, 12 ; Marcille, 13 ; Poulain, 15 1/2 ; Talandier, 12 ; Zamfiresco, 11 ; Leroy, 14 ; Rohillard, 11 ; Robert, 16 ; Gabriel Sicard, 15 ; Sersiron, 12 ; Thoizon, 13 ; Wahl, 13 ; Soulier, 14 ; Schultz, 15 ; Neveu, 13 1/2 ; Voisin, 14 ; Siems, 6 ; Pauly, 11 ; Lochelongue, 14 1/2 ; Planchon, 11 ; Peaudecerf, 13 ; Mendelssohn, 10 1/2 ; Schachmann, 12 ; Tissot, 18 ; Weher, 13 ; Mlle Marein, 12.

Le concours de l'externat s'est terminé lundi dernier ; nous publierons dans notre prochain numéro la liste de nomination.

Hospice de la Salpêtrière.

Le Dr Jules Voisin commencera ses leçons sur les maladies mentales et nerveuses le jeudi 9 janvier 1896 et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Association de la presse médicale française.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE DE TUNIS (AVRIL 1896)

Par suite d'une entente avec l'*Association française pour l'Avancement des Sciences*, les adhérents au Congrès international de thalassothérapie de Tunis qui se feront inscrire au bureau du comité central de propagande de ce Congrès (secrétariat général de l'Association de la Presse médicale, 14, boulevard Saint-Germain, à Paris), avant le 15 février 1896, seront admis, par faveur spéciale, à participer à tous les avantages que l'Association française procurera à ses membres pendant la durée de la session de Tunis *(Congrès de Carthage)*.

Il suffit, pour être inscrit, de verser ou d'adresser par la poste au secrétaire du comité central, M. Marcel Baudouin, la somme de Vingt francs.

Cette cotisation donne droit au volume qui sera publié ultérieurement et qui contiendra les communications faites au Congrès

de thalassothérapie. De plus, elle assimile les membres de ce Congrès à ceux de l'Association française : ce qui leur permettra d'obtenir, aux conditions habituelles, une réduction de 50 0/0 sur les frais de voyage (chemins de fer et bateaux), et leur permettra de retenir à l'avance leur logement à Tunis et de se faire inscrire aux diverses excursions qui seront organisées en Tunisie à l'occasion de ce Congrès par l'Association française.

On est prié d'envoyer son adhésion le plus tôt possible, 14, boulevard Saint-Germain.

Observations présentées par MM. les pharmaciens des hôpitaux relativement à un projet de réforme de l'internat en pharmacie.

Dans un rapport soumis au Conseil de surveillance (séance du 19 novembre 1895), l'Administration de l'Assistance publique a proposé de modifier le service pharmaceutique des hôpitaux dans le sens suivant :

1° Les internes en pharmacie ne suivraient plus la visite du médecin; ils exécuteraient à la pharmacie les prescriptions qui seraient consignées chaque jour sur un cahier tenu par un externe en médecine, cahier qui serait envoyé à la pharmacie aussitôt la visite terminée;

2° Les prescriptions alimentaires seraient recueillies par la surveillante sur un cahier spécial.

Les internes en pharmacie n'assistant plus aux visites, l'Administration, tout en maintenant leur mode de recrutement au concours, pense pouvoir en diminuer le nombre. Elle évalue à 60 les radiations possibles et estime qu'elle réaliserait de ce fait une économie de 60,000 francs par an.

Appelé devant le Conseil de surveillance, à propos d'une modification à apporter à la tenue des cahiers de visite, le Président de la Société des pharmaciens des hôpitaux a été incidemment interrogé sur ces réformes. Il a présenté devant cette assemblée quelques-unes des objections qu'elles pouvaient faire naître dans l'esprit des pharmaciens des hôpitaux. Ce sont celles-ci que nous demandons la permission de compléter.

On verra que dans notre exposé deux motifs seuls nous ont guidé : l'intérêt des malades et les garanties auxquelles ont droit les médecins et les pharmaciens, dont les responsabilités se trouveraient singulièrement accrues par la mise à exécution du nouveau projet.

Une enquête préliminaire faite par l'Administration auprès des chefs de service a donné les résultats suivants :

1° Les chirurgiens demandent le maintien de l'état de choses actuel, c'est-à-dire un interne en pharmacie attaché à leur service, assistant à leur visite, préparant les médicaments et faisant les analyses qui intéressent leur diagnostic;

2° Les médecins, par un vote récent (1), ont exprimé à l'unanimité le même désir;

3° Nous ne savons si on a consulté les accoucheurs, mais nous en connaissons un certain nombre qui se rangeraient volontiers à l'avis des chirurgiens.

Voyons maintenant comment fonctionnerait le service pharmaceutique avec le nouveau régime : le cahier des prescriptions médicales serait, dit-on, tenu par un externe en médecine; mais les auteurs du projet ont-ils bien réfléchi que l'externe en médecine n'est souvent qu'un débutant dans la carrière et que ses connaissances en thérapeutique et en posologie sont forcément très rudimentaires. N'y a-t-il pas lieu de redouter que de nombreuses erreurs ne se glissent dans l'inscription des prescriptions médicales au cahier de visite ainsi tenu !

Pour éviter ces erreurs, le médecin devrait chaque jour revoir *en entier* le cahier, s'assurer si les doses sont bien indiquées, *si les prescriptions sont complètes*. Par exemple, dans une potion n'aura-t-on pas oublié tout ou partie du véhicule, ce qui, en augmentant la concentration de la solution, pourrait rendre le médicament dangereux. Autre exemple : on prescrit une potion avec 10 grammes d'hydrate de chloral pour un malade atteint de tétanos ou de délire alcoolique et couché au lit n° 1 d'une salle quelconque. Le lendemain, ce tétanique ou cet alcoolique a disparu, et il a été remplacé dans le même lit par un autre malade auquel le médecin prescrit, pour le faire dormir, un julep avec 1 gramme d'hydrate de chloral. Supposons mal fait le *g* du mot gramme, l'interne en pharmacie qui n'aura pas assisté à la visite, donnera les 10 grammes prescrits la veille et empoisonnera le malade.

Nous pourrions multiplier les faits, car les cas sont nombreux de médicaments qui, parfaitement supportés même à haute dose par certains malades, sont au contraire toxiques pour d'autres; tels sont les médicaments opiacés, arsenicaux, etc.

La visite terminée, le cahier arrive à la pharmacie ; et d'abord à quelle heure y parvient-il ? On sait que l'habitude s'est répandue chez un certain nombre de médecins de finir leur service fort tard, peut-être à cause de l'encombrement fréquent des salles : premier retard. Le cahier doit être signé par le directeur de l'hôpital : encore un nouveau retard. Nous ne croyons pas dès lors que les prescriptions nous parviennent beaucoup avant midi.

Mais une fois ce cahier de visite rendu à la pharmacie, il faudra d'abord le déchiffrer sans connaître l'écriture de celui qui l'aura rédigé, sans avoir la souvenance des ordonnances antérieures, comme il arrive à l'interne en pharmacie qui a recueilli lui-même les prescriptions à la visite : nouvelle cause de retard encore !

La préparation des médicaments avec le régime actuel demande environ 2 heures, à condition que l'interne ait fait à l'avance, son jour de garde, tout ce qui est long à préparer et peut se conserver : paquets, pilules, etc. On admettra bien que si un interne fait la besogne de deux, il lui faudra deux fois plus de temps. Recevant le cahier à midi, il ne sera pas libre avant 3 heures au plus tôt. Que devient dans tout cela le malade à qui on a prescrit un médicament urgent : un vomitif, par exemple ?

Bien souvent aussi le pharmacien de l'hôpital, tenu à la prudence, sera obligé de se refuser à exécuter certaines prescriptions si leur rédaction est douteuse ou si elles portent des doses exagérées. Le malade en pâtira, et cependant le pharmacien ne pourra agir autrement. Il lui serait en effet impossible de se renseigner auprès du médecin qui, à ce moment, aura quitté l'hôpital et ne reviendra que le lendemain matin.

Enfin, et c'est là un point sur lequel nous ne saurions trop insister, ce que l'on propose est contraire aux lois qui régissent la médecine et la pharmacie : les ordonnances médicales doivent être spéciales à chaque maladie, et, lorsqu'elles renferment des toxiques, elles doivent indiquer non seulement la dose du médicament, inscrite en toutes lettres, mais encore le mode d'administration. De telles dispositions étaient inapplicables dans nos hôpitaux; aussi les rédacteurs du règlement que l'on veut supprimer s'étaient-ils inspirés de l'esprit plutôt que du texte de la loi et avaient-ils placé auprès du médecin un représentant direct du pharmacien. Ce représentant, c'est l'interne en pharmacie, celui-ci assistant à la visite, recueillant lui-même les prescriptions, les exécutant ensuite et enfin distribuant les médicaments à chaque malade en lui indiquant le mode d'emploi. Nous croyons que cette méthode est la seule qui soit bonne ; tout ce que nous avons dit et ce que nous avons à ajouter concourt à le démontrer.

Il ne faut pas oublier que le service pharmaceutique dans les hôpitaux s'est énormément développé depuis dix ans, en raison des progrès de la thérapeutique et de l'introduction de l'antisepsie en médecine et en chirurgie. La pratique pharmaceutique elle-même s'est modifiée. Autrefois, on se contentait d'exiger d'une solution qu'elle fût limpide ; aujourd'hui, nos internes en pharmacie ont à préparer des solutions stérilisées ; ils ne font pas seulement des analyses chimiques, mais encore des recherches microbiologiques. A ceux qui sont attachés à des services de chirurgie, on confie la préparation des objets de pansements antiseptiques, préparation variable dans ses méthodes selon les chirurgiens, toujours délicate, d'où peut dépendre, dans une certaine mesure, le succès des opérations. Et l'on choisit pour réduire le personnel le moment où une plus grande somme de travail et une plus méticuleuse précision sont absolument nécessaires !

Le règlement que l'on veut détruire est-il donc si mauvais ? La chose ne paraît nullement prouvée. Qu'avons-nous vu se produire en effet dans un grand nombre d'hôpitaux de province ? De grandes villes, telles que Marseille, Bordeaux, ont organisé un service pharmaceutique hospitalier à peu près semblable à celui qui existe à Paris. Dans des villes de moyenne importance, à Tours, à Bourges, à Caen, etc., il existe des internes en phar-

(1) *Société médicale des Hôpitaux*, 13 décembre 1895.

macie qui assistent à la visite des médecins. Il en est de même pour les asiles d'aliénés du département de la Seine. En un mot, l'organisation du service pharmaceutique dans de nombreux hôpitaux de province a été calquée sur la nôtre.

Cette organisation présente donc bien quelques avantages, et l'on peut dire qu'un accident grave imputable au service de la pharmacie est un événement d'une rareté extrême, bien que dans un grand hôpital parisien, on exécute chaque matin vingt fois plus d'ordonnances que dans une officine importante.

Ces internes en pharmacie que le projet supprime en partie et qui disparaîtraient en totalité si on en arrivait à son exécution, qui sont-ils ? Des jeunes gens en cours d'études, ayant au moins quatre années de pratique professionnelle et ayant subi un concours difficile. Quelques médecins n'ont pas hésité à faire de leur interne en pharmacie un collaborateur, soit en l'introduisant dans leur laboratoire de clinique, soit en le chargeant de faire des conférences à leurs élèves. Un certain nombre sont pourvus du grade de licencié ès sciences, d'autres sont élèves de la Faculté des sciences ou de l'institut Pasteur; ce sont là, il nous semble, des garanties sérieuses.

On a déjà fait quelques tentatives pour éloigner l'interne en pharmacie du service des salles. Il y a une dizaine d'années, on a voulu supprimer à Necker trois internes sur six, les trois autres ne devant plus aller à la visite; or, deux des chefs de service de cet hôpital, professeurs de clinique à la Faculté de médecine, n'ont pas tardé à protester contre cet essai, et la mesure ne fut pas appliquée. Une expérience analogue a été tentée à Cochin au moment de la laïcisation; elle a duré trois jours, au bout desquels les médecins demandèrent l'application du régime des autres hôpitaux. L'année dernière, à l'hôpital Beaujon, un interne ayant quitté brusquement la pharmacie ne put être remplacé immédiatement : les médicaments furent préparés d'après les indications recueillies dans les salles. Les choses allèrent si mal qu'au bout de trois jours le médecin se plaignit et que le pharmacien de l'hôpital dut déléguer un interne pour suivre la visite et recueillir les prescriptions. Enfin, pendant les vacances, il est arrivé que des internes en pharmacie se sont remplacés mutuellement, l'un d'eux préparant les médicaments des deux services. Les pharmaciens des hôpitaux ont reconnu que, dans ce cas, le travail était fait très irrégulièrement. Aussi condamnent-ils absolument cette manière de faire.

Loin de nous la pensée de soutenir que la façon dont certains internes en pharmacie comprennent leur devoir n'ait pas quelquefois prêté à la critique. En 1872, la Société médicale des Hôpitaux, émue de certaines irrégularités, portait la question à son ordre du jour, et résumait ses délibérations en émettant les vœux suivants :

1° Revenir à l'exécution du règlement ;

2° Nommer au concours des internes provisoires en pharmacie ;

3° Ne payer aux internes en pharmacie l'indemnité qui leur est due que sur la présentation d'un certificat de leurs chefs de service constatant qu'ils ont bien rempli leurs fonctions pendant le mois ;

4° Retenir les internes en pharmacie dans les hôpitaux en rendant le service plus instructif et plus attrayant pour eux;

5° Faire une enquête sur les défectuosités du service.

Sur ces divers points il n'y a pas de dissentiments entre les médecins et les pharmaciens des hôpitaux.

Conformément au troisième vœu en particulier, on pourrait peut-être essayer d'établir une sorte de feuille de correspondance entre les médecins et le pharmacien du même hôpital, feuille bimensuelle, par exemple, sur laquelle les médecins consigneraient leurs observations relatives au service de la pharmacie. Cette feuille, envoyée au pharmacien, mettrait celui-ci au courant des irrégularités que les médecins auraient pu constater. Cette pratique, mise à l'essai à l'hôpital Tenon, a donné d'excellents résultats.

Depuis 1872, certains efforts ont été faits pour répondre au quatrième vœu. Grâce aux libéralités du Conseil municipal de Paris et de l'Administration de l'Assistance publique, des bibliothèques à l'usage des internes ont été créées et reçoivent une subvention annuelle; des laboratoires ont été installés dans certains hôpitaux, et, si ces installations sont souvent trop rudimentaires, on ne peut méconnaître que de ce côté des tentatives aient été faites. Qu'il nous soit enfin permis d'ajouter que le pharmacien de l'hôpital est toujours pour ses internes un guide bienveillant, ne refusant jamais ses conseils, mettant à leur disposition non seulement ses connaissances techniques, mais encore les instruments d'étude qu'il possède.

Le projet de réforme conduirait à la suppression totale de l'internat en pharmacie. En effet, les élèves des hôpitaux, libres seulement à 4 heures, ne pourraient suivre les travaux pratiques de l'Ecole qui sont quotidiens, obligatoires et commencent à 1 heure.

Par qui remplacera-t-on ces internes qui forment une élite parmi les étudiants en pharmacie ? Non point par des débutants, car le stage officinal ne peut, selon la loi, être fait dans les hôpitaux. Il faudrait donc prendre des élèves en pharmacie ayant terminé leurs études. Or, les appointements, à Paris, d'un bon élève atteignent 200 à 300 francs par mois. Que deviendraient dès lors les 60,000 francs d'économie escomptés par l'Administration ?

Telles sont, Messieurs, les réflexions qui nous ont été suggérées par l'examen du projet de réforme élaboré par l'Administration.

Notre conclusion est qu'on peut avoir raison de tout en appliquant le règlement existant.

Sans nous montrer rebelles cependant aux améliorations qui pourraient nous être proposées, nous estimons qu'il y a lieu de maintenir un interne en pharmacie dans chaque service, cet interne assistant à la visite médicale, et cela dans le but de sauvegarder tout à la fois et l'intérêt du malade et la responsabilité légale qui incombe solidairement à l'Administration, aux médecins et aux pharmaciens.

Le Président de la Société des Pharmaciens des hôpitaux de Paris.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix de 1895.

(Suite et fin.)

SERVICE DE LA VACCINE

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a accordé, pour le service de la vaccine en 1894 :

1° *Un prix de 1,500 fr.*, à partager ainsi qu'il suit : 500 fr. à M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux de Paris ; 500 fr. à partager par moitié entre M. le docteur J. Delobel et M. P. Cozette, médecin vétérinaire (de Noyon) ; 500 fr. à M. le docteur L. Gauvry (de Bernay) ;

2° *Quatre médailles d'or.* — MM. les docteurs Cassedebat, Bergasse, Ausset (médecins militaires) ; E. Maureau (médecin des colonies) ;

3° *Cent médailles d'argent :*

M. Allaire, doct. en méd. à Nozay (Loire-Infér.).
Mme Armeny-Moriaux, sage-femme à Fresne (Nord).
M. Bailliez, médecin à Harnes (Pas-de-Calais).
M. Baratier, doct. en méd. à Jeugny (Aube).
Mme Beaudoin, sage-femme à Vannes (Morbihan).
M. Baurae, méd. des colon. à Saïgon (Cochinchine).
M. Béchon (de), doc. en méd. à Brest (Finistère).
Mme Belloque, sage-femme à Pontivy (Morbihan).
M. Bernard, doct. en méd. à Toulouse (Haute-Garonne).
M. Bertrand, doct. en méd. à Mansle (Charente).
M. Billon, doct. en méd. à Paris (Seine).
M. Boichin, doct. en méd. à Nozeroy (Jura).
M. Bompaire, doct. en méd. à Millau (Aveyron).
Mme Bonnot, sage-femme à Narbonne (Aude).
M. Bouteloup, doct. en méd. à Orléansville (Algérie).
M. Breucq, doct. en méd. à Bayonne (B.-Pyrénées).
Mme Burelier, sage-femme à Narbonne (Aude).
M. Carpentier, doct. en méd. à Paris (Seine).
Mme Caumel, sage-femme à Montflanquin (Lot-et-Garonne).
M. Chabaud, doct. en méd. à Prades (Ardèche).
MM. Chapoy et Gounand, directeurs de l'Institut vaccinal à Besançon (Doubs).
Mme Chauffour, sage-femme à Miramont (Lot-et-Garonne).
M. Chaumier, doct. en méd. à Tours (Indre-et-Loire).
M. Chonnaux-Dubisson, doct. en. méd. à Villers-Bocage (Calvados).
M. Ciaudo, doct. en méd. à Nice (Alpes-Marit.).

M. Colin, doct. en méd. à Quimper (Finistère).
M. Coquaud, doct. en méd. à Saint-Martin-des-Noyers (Vendée).
M. Cordier, méd. des colon. au Baol (Sénégal).
Mme Costenoble, sage-femme à Armentières (Nord).
M. Crimail, doct. en méd. à Mantes (Loire-Infér.).
Mme Douillard, sage-femme à Ayen (Corrèze).
M. Duffaur, méd.-pharm. à Laborde (H.-Pyrénées).
Mme Dujardin, sage-femme à Armentières (Nord).
M. Duvernet, méd.-insp. des nourrices à Paris (Seine).
Mme Duvigneau, sage-femme au Boucau (B.-Pyrénées).
M. Eltchaninoff, doct. en méd. à Saint-Calais (Sarthe).
M. Faucheux, doct. en méd. à Allemant (Marne).
M. Fauvel, doct. en méd. à Fécamp (Seine-Infér.).
M. Fougeron, doct. en méd. à Massignac (Charente).
M. Fouilloux, doct. en méd. à St-Bonnet-le-Chât. (Loire).
M. Gaillard, doct. en méd. au Creusot (Saône-et-Loire).
M. Gehin, méd.-maj. à Djelfa (Algérie).
M. Gemy, doct. en méd. à Alger (Algérie).
M. Georges, méd. aid.-maj. à Laghouat (Algérie).
M. Grenet, doct. en méd. à Héricourt (Haute-Saône).
M. Grias, doct. en méd. à Pont-Aven (Finistère).
M. Grimaldi, doct. en méd. à Bastia (Corse).
M. Guers, doct. en méd. à Mouzaiaville (Algérie).
M. Guével, doct. en méd. à Pont-l'Abbé (Finistère).
M. Guillou, doct. en méd. à Saint-Paul-de-Léon (Finistère).
M. Gustin, doct. en méd. à Noirmoutiers (Vendée).
Mme Hardy, sage-femme à Nouzon (Ardennes).
M. Hellet, doct. en méd. à Clichy (Seine).
M. Hulot, int. à l'hosp. des Enf.-Assistés à Paris (Seine).
M. Jablonski, doct. en méd. à Poitiers (Vienne).
M. Janin, doct. en méd. à Grand-Lemps (Isère).
Mme Jauze, sage-femme à Tarascon (Ariège).
Mme Josso, sage-femme à Pontivy (Morbihan).
Mme Lahorde, sage-femme à Bergerac (Dordogne).
M. La Croix (de), doct. en méd. à Lisieux (Calvados).
M. Lafite, doct. en méd. à Epinal (Vosges).
M. Lagarde, doct. en méd. à Montauban (Tarn-et-Gar.).
M. Lamy, doct. en méd. à Larochefoucauld (Charente).
M. Le Bouteiller, doct. en méd. à Valognes (Manche).
M. La Nièce (de), doct. en méd. à Paris (Seine).
M. Lemaire, doct en méd. au Tréport (Seine-Inf.).
M. Lemaire, médecin à Plessé (Loire-Inférieure).
M. Leroy, doct en méd. à Châteaubriand (Loire-Inf.).
M. Leterrier, doct. en méd. à Barfleur (Manche).
Mme Letoffé, sage-femme à Tartiers (Aisne).
M. Lostie de Kerhor, médecin à Belle-Isle-en-Terre (Côtes-du-Nord).
Mme Louis, sage-femme à Ploëmeur (Morbihan).
M. Maffre, méd. aid.-maj. à Dinan (Côtes-du-Nord).
Mme Martin, sage-femme à Halluin (Nord).
M. Morer, méd.-maj. à Tarascon (Bouches-du-Rhône).
M. Morvan, doct. en méd. à Pleyben (Finistère).
Mme Mouro, sage-femme à Rochefort-en-Terre (Morbihan).
M. Nodet, doct. en méd. au Chambon (Loire-Infér.)
M. Ohier, méd.-maj. à Dinan (Côtes-du-Nord).
M. Ollier, méd.-maj. à Saint-Maixent (Deux-Sèvres).
M. Ollivier, méd. des colon. (Réunion).
M. Pépin, doct. en méd. à Hénan-Bihen (Côtes-du-Nord).
M. Plantard, doct. en méd. à Chantenay (Loire-Infér.).
M. Pourquier, méd.- vétérinaire, à Montpellier (Hérault).
M. Puig, méd.-maj. à Ghardaïa (Algérie).
M. Raymond (P.), doct. en méd. à Paris (Seine).
M. Raisser, doct. en méd. à Oued-Fodda (Algérie).
M. Revoux, doct. en méd. à Saint-Symphorien-d'Ozon (Isère).
M. Rigodon, doct. en méd. à Montbrison (Loire).
M. Sabut, doct. en méd. à Gannat (Allier).
M. Salmon, doct. en méd. à Lanvollon (Côtes-du-Nord).
M. Sanquer, doct. en méd. à Morlaix (Finistère).
Mme Sauvage-Lavabre, sage-femme à Lille (Nord).
M. Schmit, méd.-maj. à Rennes (Ille-et-Vilaine).
M. Schwartz, doct. en méd. à Affreville (Algérie).
M. Taucbon, doct. en méd. à Valenciennes (Nord).
M. Vérité, doct. en méd. à Alger. (Algérie).
M. Viallaron, doct. en méd. à Firminy (Loire).
M. Vivier, doct. en méd. à Angoulême (Charente).
M. Welling (de), doct. en méd. à Rouen (Seine-Inf.).

L'Académie a, en outre, proposé et M. le ministre de l'Intérieur a accordé à MM. les instituteurs et institutrices, publics et privés, qui ont contribué le plus activement à propager les vaccinations et les revaccinations dans les écoles :

1° *Douze médailles d'argent ;*
2° *Cent vingt-cinq médailles de bronze.*

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINE PORTE

(Suite et fin.)

Canaux de dérivation du système porte principal.

A. Veines portes accessoires (Sappey).

Cinq groupes principaux :

1° Groupe du petit épiploon :

Origine : Petite courbure de l'estomac.

Terminaison : Lobules qui limitent le hile du foie.

2° Groupe de la vésicule biliaire :

12 à 15 veinules :

Origine : Grosse extrémité de la vésicule biliaire.

Terminaison : Lobules situés sur le pourtour de la fossette cystique.

3° Groupe des vaisseaux nourriciers :

Origine : Parois de la veine porte, de l'artère hépatique, des conduits biliaires.

Terminaison : Substance hépatique.

4° Groupe du ligament suspenseur :

Origine : Milieu de la face inférieure du diaphragme.

Terminaison : Lobules adjacents à l'insertion hépatique du ligament suspenseur.

5° Groupe parombilical :

Origine : Partie sus-ombilicale de la paroi antérieure de l'abdomen.

Terminaison : Suit le trajet du cordon de la veine ombilicale et se termine dans les lobules situés au fond du sillon longitudinal.

Veine ombilicale de Wertheimer.

Qui se développe après la naissance dans le cordon fibreux de la veine ombilicale embryonnaire.

Les groupes 4 et 5 jouent un rôle prépondérant dans le rétablissement de la circulation veineuse, entravée par un obstacle sur le trajet de la veine porte.

En effet :

Groupe du ligament suspenseur : S'anastomose avec :

Veines diaphragmatiques inférieures (veine cave inférieure).

Veines diaphragmatiques supérieures ou œsophagiennes (veine cave supérieure)

Groupe parombilical : S'anastomose avec :

Rameaux cutanés de la *mammaire interne* (veine cave supérieure).

Qui est reliée à :

Grande veine sous-cutanée abdominale et épigastrique (veine cave inférieure).

B. Anastomoses porto-caves.

a) Directes.

Chez le cheval (Claude Bernard) :

Des cinq ou six rameaux qui passent comme une arcade au-dessus de la gouttière de la veine cave inférieure et se jettent dans les lobules qui limitent le côté droit de cette gouttière, il se détache une branche qui pénètre perpendiculairement dans la veine cave inférieure.

Chez l'homme :

Vaisseaux qui naissent de la gaine conjonctive, des rameaux de la veine porte et se terminent dans la veine cave inférieure. (Sabourin).

b) Indirectes.

1° *Avec veine cave supérieure :*

Au niveau du *cardia :*

Anastomoses entre radicules de la veine *coronaire stomachique* et veines *œsophagiennes*, intercostales et azygos.

2° *Veine splénique* :

Anastomoses avec radicules de la veine grande azygos au voisinage de la queue du pancréas.

3° *Avec veine cave inférieure au niveau du rectum :*

Anastomoses entre hémorrhoïdales supérieures et hémorrhoïdales moyennes et inférieures.

Groupe de Schmiedel. — Anastomoses :

Des veines hémorrhoïdales avec veines de la vessie.

Des veines courtes avec veines phréniques inférieures gauches.

Des veines pyloriques avec veines phréniques inférieures droites.

Système de Retzuis :

Origine : Parois du duodénum, du côlon, du rectum.

Terminaison : Veine cave inférieure.

4° *Avec plexus veineux intra-rénal chez oiseaux et poissons.*

Système de Jacobson (système porte rénal). — Intermédiaire entre réseau capillaire des organes génito-urinaires et de la paroi abdominale et le système veineux général.

Claude Bernard avait émis, par analogie, l'hypothèse suivante :

Le sang des veines *sus-hépatiques* reflue par la *veine cave inférieure* jusqu'aux veines rénales dans les reins où il se purifie. Mais il n'existe pas de valvule à l'embouchure des veines rénales pour limiter le courant descendent du sang (Béraud).

Pourtant, sur un animal *en état de digestion, après ligature de l'artère rénale*, l'urine continue à filtrer (Béraud).

Les veines rénales contribuent donc à la dépuration du sang (suppléance du foie par le rein dans l'élimination de doses mortelles de poisons).

Cette fonction est assurée, non pas par veine cave inférieure, mais grâce à *anastomoses entre plexus intra-rénal et veine porte principale par l'intermédiaire du plexus de la capsule adipeuse*, relié à veines rénales accessoires (Steinach).

Veine rénale proprement dite (au niveau du hile).

Veines côliques : branches d'origine de veine porte (face antérieure du rein).

Veines diaphragmatiques inférieures : en haut, anastomosées avec :

Veines diaphragmatiques supérieures (veine cave supérieure).

Veines urétériques et spermatiques (veines iliaques) : en has et dedans.

Veines pariétales de la région lombaire. — En arrière en relation avec :

Azygos (veines caves supérieures) : en haut ;

Sacrées (veines iliaques) : en has.

Canal réno-azygo-lombaire de Lejars. (Existe 80 fois sur 100.)

Origine : veine rénale gauche.

Anastomose avec veine lombaire ascendante ; remonte pour déboucher dans *petite azygos.*

En résumé. — Lorsque la circulation porte est entravée, elle se rétablit par :

1° Veines anastomotiques avec plexus de la capsule adipeuse et plexus intra-rénal ;

2° Trois plexus veineux parallèles du confluent occipito-vertébral à extrémité inférieure du rachis jouent, l'un vis-à-vis de l'autre, le rôle de canaux de sûreté.

Veine cave inférieure.

Systèmes des azygos.

Veines intra-rachidiennes.

3° Réseau veineux sous-cutané de la paroi abdominale.

Développement.

Primitivement :

1° Veine omphalo-mésentérique.

Pénètre entre les 2 bourgeons hépatiques.

Des canaux hépatiques de nouvelle formation, en reliant ces 2 bourgeons, divisent cette veine en 2 parties : 1 supérieure : veines sus-hépatiques ; 1 inférieure : veine porte.

2° Veine ombilicale gauche.

Débouche dans la veine porte à son entrée dans le foie et se prolonge par *canal veineux d'Arantius* jusqu'au sinus veineux.

A la naissance. — Veines omphalo-mésentérique et ombilicale gauche s'oblitèrent ;

Lobe gauche du foie s'atrophie.

Structure *(Bagneris).*

Comme toutes veines courbes :

1° *Couche interne :* Faisceaux serrés de fibres musculaires transversales.

2° *Couche moyenne :* Faisceaux de fibres musculaires longitudinales.

3° *Couche externe :* Tissu cellulo-élastique parsemé de faisceaux musculaires longitudinaux.

B. Physiologie.

A. Rôle mécanique.

Circulation favorisée pendant l'*inspiration* par :

1° Aspiration thoracique au niveau des *veines sus-hépatiques béantes.*

2° Compression des viscères abdominaux.

Qui facilite progression du sang des radiales vers le tronc porte, malgré l'absence de valvules et la direction du courant en sens inverse de l'action de la pesanteur.

Ligature totale. — Arrêt de la sécrétion biliaire et mort rapide.

Ligature partielle. — Compatible avec la vie grâce aux voies dérivatrices.

Section. — Hémorrhagie foudroyante.

B. Rôle clinique.

Concourt secondairement à deux fonctions :

1° *Absorption intestinale :*

Les éléments du chyme modifiés par les cellules épithéliales ou happés au passage par les cellules lymphatiques qui se sont frayé un passage soit en écartant ces cellules (Zanvarikin), soit en les perforant (Renant), sont absorbés en majeure partie par les *chylifères*, les *graisses*, les *peptones*, les *hydrocarbures*, l'*eau* et les *sels solubles* par les radicules de la veine porte.

1° Élaboration hépatique.

Ce liquide nourricier circule dans réseau capillaire intralobulaire, de nature embryonnaire pour ralentir le courant sanguin et, par suite, faciliter l'élaboration ; il cède aux cellules hépatiques les éléments générateurs de glycogène. hile, urée et les toxines que la cellule hépatique a la propriété de détruire (Royer).

Un poids déterminé de nicotine détermine la mort d'une grenouille en injection sous-cutanée ; une dose double de cette substance ingérée dans l'intestin n'est pas mortelle (Schiff).

3° Les radicules de la veine porte d'origine pancréatique.

Conduisent au foie les produits de la *sécrétion interne du pancréas.*

Ainsi s'expliquerait l'action frénatrice du pancréas sur la fonction glycoso-formatrice du foie, admise par *MM. Chauveau et Kauffmann :*

Rôle prouvé par l'expérience suivante :

Chez un chien qui présente les symptômes du *diabète sucré* après l'ablation du pancréas, on injecte, dans la *veine mésentérique inférieure*, un extrait pancréatique. Après cette injection, les symptômes du diabète sucré disparaissent.

Opinion accréditée par les deux guérisons de diabète maigre obtenues chez l'homme par l'ingestion d'extrait pancréatique (communication de M. Sucé au Congrès de Bordeaux de 1895).

X.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. — N° 2 — 11 Janvier 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon

A NOS ABONNÉS

Le prix de l'abonnement annuel à la *Gazette Médicale* sera dorénavant de *cinq francs* pour la France et de *sept francs* pour l'étranger.

Nous enverrons à ceux de nos lecteurs qui nous ont déjà adressé le montant de leur abonnement la différence à laquelle ils ont droit.

Si nous commettons quelque oubli, nous demandons aux intéressés de ne pas hésiter à nous le signaler.

La Direction.

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

LETTRE OUVERTE

A MM. les Internes des hôpitaux et à MM. les Etudiants en médecine de Montpellier (1).

J'ai reçu, mes jeunes et chers confrères, votre lettre et votre circulaire ; je suis flatté de la première et j'approuverais volontiers la seconde si elle ne m'avait paru, par endroits, un peu violente et un peu injuste. Ne prenez pas cela pour un reproche ; vous êtes fils du Midi : on vous tiendra compte de la latitude.

S'il faut, mes chers amis, pour plaider votre cause. n'être couvert ni de gloire ni d'argent, je suis, en effet, tout désigné pour cela. Mais vous pouvez tenir pour certain qu'ici, à Paris, comme en province, sans doute, les plus grands de vos maîtres et des miens s'intéressent au sort des étudiants français : ni l'or ni la grandeur ne leur ont fait oublier les durs labeurs de l'étudiant non plus que les débuts difficiles du praticien auprès d'une clientèle naissante.

Je crois, mes jeunes et chers confrères, que vous ne vous plaignez pas sans raison, et je vous le dirai bientôt ; mais, parmi les reproches que vous formulez contre le régime sous lequel vous vivez, je puis vous assurer qu'il en est de mal fondés. Vous affirmez, par exemple, que les « examens sont, pour les étrangers, d'une invraisemblable facilité » et que « l'indulgence des juges permet à ces mêmes étrangers des succès trop fréquents aux concours de l'internat et de l'externat ». Savez-vous bien que vous dites sévèrement les choses ? Eh bien ! écoutez celui qui

(1) Voici la lettre que m'ont adressée les étudiants de Montpellier :

Monsieur,

Nous vous envoyons aujourd'hui deux exemplaires de la protestation que les étudiants français inscrits à la Faculté de médecine de Montpellier ont adressée à tous leurs camarades de France et d'Algérie.

Nous ne vous demandons pas si vous approuvez les réformes que nous voudrions voir introduire dans l'enseignement et dans l'exercice de la médecine : nous pensons que vous n'êtes pas de ceux que le sort et l'avenir des petits praticiens laissent indifférents, parce qu'ils sont eux-mêmes de grands médecins connus dans le monde scientifique, recherchés dans la clientèle riche où ils choisissent leurs malades, couverts de gloire et d'argent.

Il s'agit pour nous d'une question d'intérêt vital, car si nous ne nous défendons pas, si nous nous laissons complètement scléroser par l'élément étranger qui infiltre profondément déjà le monde médical, il ne restera bientôt plus une place au pauvre docteur français qui voudra exercer la médecine dans son pays. Déjà, aux environs de Montpellier et dans les départements voisins, des Russes, Egyptiens, Espagnols, Roumains, Grecs, sont établis qui, pour lutter plus facilement contre les médecins nationaux, font des visites à 0 fr. 25 centimes !

Tous les ans, on inscrit ici, s'autorisant de l'article 7 de la loi Chevandier, aussi vague qu'élastique et qui autorise les dispenses et les équivalences, des quantités d'étrangers, hommes et femmes, qui n'ont subi dans leur pays que des *examens primaires*, quand ils en ont subi ; car beaucoup passent par les Universités suisses où on ne demande pour s'inscrire aucun diplôme et viennent après en France où on transforme leurs inscriptions. D'autres présentent des certificats de gymnastique ou des certificats accordés par des établissements d'instruction libres.

Une Société de secours mutuels a-t-elle un médecin à subventionner, sur dix ou quinze médecins qui se présentent, on choisit un Syrien. Une Compagnie a-t-elle un poste dont beaucoup de Français, près de quarante aux environs d'Alais (Gard), demandent le bénéfice, on l'accorde à un étranger, etc., etc. Tous ces faits attristants sont la conséquence directe de ce qui se passe dans les Facultés où l'hospitalité offerte aux exotiques est exagérée, pour ne pas dire insolente pour nous.

Nous vous serions bien reconnaissants, monsieur et cher maître, de nous aider de votre influence pour la défense de nos droits et de nos intérêts. La France a été faite, morceau par morceau, par des générations de Français, qui en ont arrosé la terre de leur sang pendant des siècles : il est naturel que nous demandions à y vivre de notre travail.

Veuillez agréer, monsieur et cher maître, de la part d'élèves lointains et d'amis inconnus, l'expression d'un respectueux et reconnaissant attachement.

Les Élèves de Montpellier.

vous répond ici, dans les colonnes de la *Gazette*, a été juge aux examens de la Faculté, comme agrégé, et juge à un concours comme chirurgien des hôpitaux, et il peut vous donner l'assurance que jamais il n'a vu les étrangers bénéficier d'une faveur imméritée. Savez-vous la vérité? La voici : C'est que, pour la plupart, les étudiants étrangers sont des travailleurs. Beaucoup sont pauvres : leurs années d'études sont comptées et ils le savent ; leur temps est précieux et ils l'emploient. Peut-être la raison de leurs succès relatifs est-elle dans leur plus grand labeur. Certes, il est, parmi eux, de mauvais élèves, mais je crois qu'au total le nombre des travailleurs est proportionnellement plus grand parmi les étudiants étrangers que parmi les étudiants français. J'ai souvent remarqué, par contre, que, dans l'ensemble, ils paraissent avoir de moindres moyens intellectuels et qu'ils sont, surtout, moins ouverts aux choses de la science. Il y a, à Paris, un assez grand nombre d'étudiantes étrangères, des Russes surtout; ce n'est un mystère pour personne que ces étudiantes sont, pour la plupart, très pauvres, qu'elles vivent ici très modestement et qu'elles s'imposent, pour faire leurs études en France, des privations et des économies qui paraîtraient bien dures à la plupart de nos jeunes compatriotes — hommes ou femmes. — N'est-ce pas là la véritable raison du labeur dont elles fournissent souvent la preuve aux examens?

Vous vous plaignez encore, mes chers amis, de « ce lamentable spectacle d'une nuée d'exotiques encombrant les salles de dissection, troublant les services hospitaliers, montant à l'assaut de tous les concours et de toutes les places ». Peut-être allez-vous un peu loin. Je crois savoir, en effet, que la Faculté de Paris souffre beaucoup de la pénurie des cadavres, mais je pense que l'expulsion des étrangers ne constituerait pas au mal un remède suffisant, et je n'ai jamais entendu dire que les Facultés de province, malgré les exotiques auxquels elles donnent l'enseignement, ne puissent alimenter leurs salles de dissection ou de médecine opératoire. En ce qui concerne les hôpitaux, je puis vous garantir qu'ils ne sont pas encombrés, que tout le monde y trouve de la besogne et qu'il y a encore de bonnes places d'élèves bénévoles à prendre dans les services de nombreux maîtres et fort distingués.

Et maintenant, mes jeunes et chers collègues, nous allons être à peu près du même avis. Je dis : « *à peu près* », car si l'on prenait en France les mesures que vous proposez, je crois que cela équivaudrait presque à l'expulsion des étudiants étrangers et, pour vous parler net, je ne suis pas partisan de cette expulsion. Ecoutez plutôt M. P. Langlois, qui écrivait dans un récent article de la *Presse Médicale* sur les étudiants étrangers :

L'Allemagne, dont les Universités sont si florissantes qui, sans connaître les beautés des concours, présente un état-major scientifique si considérable, ne redoute pas l'élément étranger ; loin de là, elle l'attire par toutes les séductions possibles. Les chiffres ici sont éloquents. En 1884, les Facultés de médecine de l'Empire allemand renferment 7,366 étudiants, dont 2,778 étrangers ; en 1892, 8,000 étudiants, dont 4,077 étrangers, soit plus de la moitié d'étrangers.

Et l'Allemagne comprend quelle force puissante elle trouve dans cet enseignement donné aux étrangers. Un seul exemple suffira.

Croit-on que l'influence incontestable que l'Allemagne exerce aujourd'hui sur le Japon n'est pas liée au rôle joné par ses savants? Où se sont formés les Kitasato, les Ogata, les Kumagawa et toute la pléiade, certainement non négligeable, des savants japonais? A Berlin. Qu'enseigne-t-on à l'Université impériale de Tokio? La science allemande, dans des livres allemands.

Pendant la guerre sino-japonaise, les instruments de chirurgie, les pièces de pansements étaient d'origine allemande. Ce dernier détail montre quelle relation étroite existe entre le développement intellectuel et le développement commercial. En réclamant, pour le maintien des idées libérales qui ont fait l'honneur de notre vieille Faculté de Paris, nous n'envisageons donc pas seulement le côté intellectuel, nous sommes plus pratiques et nous croyons défendre encore les intérêts matériels de notre pays.

Ceci dit, mes chers amis, je trouve que vos revendications sont, en grande partie, justifiées. Oui, je crois que les étudiants étrangers sont plus favorisés par les règlements que les étudiants français. Oui, je trouve que la dose d'obligations et de difficultés n'est pas égale pour eux et pour vous. Oui, je trouve qu'ils ont la part trop belle. N'ont-ils pas le droit de prendre part aux mêmes examens et aux mêmes concours que vous? Le titre de docteur ne leur donne-t-il pas les mêmes droits qu'à vous? La main sur la conscience, je ne pense pas que cela soit équitable.

Vous demandez qu'on exige des élèves étrangers les baccalauréats qu'on exige de vous et la qualité de Français que vous avez par naissance; vous désirez aussi qu'on ne leur permette pas l'exercice de la médecine dans notre pays. A mon avis, c'est trop : le jour où entrerait en vigueur un règlement aussi draconien, il ne viendrait plus chez nous un seul étudiant étranger et, je vous le répète, ce serait, à mon sens, un malheur.

Ne pensez-vous pas que le projet suivant suffirait amplement à rétablir l'équilibre entre les étrangers et vous?

Permettre à tous les étrangers, sans qu'on s'inquiétât de leurs diplômes nationaux et sans qu'on prît la peine d'établir l'équivalence plus ou moins factice de ces diplômes avec les nôtres, de prendre leurs inscriptions de doctorat et de passer leurs examens dans une faculté de médecine française, mais sous l'expresse condition qu'il leur serait défendu, devenus docteurs, de s'établir dans notre pays ou dans nos colonies.

Donner à tous les étrangers le droit de concourir à l'externat et à l'internat des hôpitaux, en abaissant pour eux la limite d'âge d'un nombre d'années proportionnel au temps que leur fait gagner la dispense des baccalauréats et du service militaire.

Exiger enfin de tout étranger qui voudrait exercer la médecine en France, les baccalauréats d'abord, et ensuite, avant que l'élève devienne un praticien, la naturalisation avec toutes les obligations qu'impose à chacun la qualité de Français.

Voilà, mes chers confrères, une protection, je crois, très suffisamment garantie ; et je tiens pour certain que même « *auprès des esprits les plus chevaleresques* » les mesures qu'elle nécessiterait n'altéreraient en rien « *le grand renom de l'hospitalité française* ».

Voilà, mes chers amis, ce que pense le rédacteur en chef de la *Gazette Médicale* auquel vous avez écrit, car je n'ai pas besoin de vous dire que sur cette question, comme sur tant d'autres, le professeur agrégé ne pense rien.

Pierre Sebileau.

LETTRES BIBLIOGRAPHIQUES ET CRITIQUES

III

LA CUISSE (ostéologie, arthrologie, myologie).

Mon cher maître,

Dans ma dernière lettre (21 décembre) j'écrivais, un peu à la légère, que le chapitre **Bassin en général** est le « plus erroné de tous les chapitres de l'*Anatomia reformata* ». Une éclatante réparation est due à ce segment du squelette, et je ne fais aucune difficulté de confesser mes torts à son endroit. La **cuisse**, on va le voir, ne le cède en rien au pelvis. Bien au contraire.

A. Fémur.

La diaphyse de cet os, qualifié d'*homologue* de l'humérus (c'est *homotype* qu'il faut lire sans doute), présente 3 faces : une face antérieure, une face externe et une face interne. (Page 206.)

« La face externe, *plane* à ses extrémités..... » Que si, à l'*extrême rigueur*, cette épithète peut convenir à l'extrémité inférieure, il n'en est pas de même quant à l'extrémité supérieure, sous-trochantérienne. Nous avons affaire ici à un segment de cylindre, et, par conséquent, à une surface *convexe* d'avant en arrière. Cette surface est, en outre, très sensiblement concave dans le sens frontal.

« La face interne..... est *libre de toute insertion musculaire*, ainsi que je l'ai établi dans un travail sur le quadriceps fémoral. » — Mais alors, que signifient les petits îlots teintés en rouge qu'on rencontre sur la figure 196 ? De plus, il y a belle lurette que cette absence d'insertions musculaires sur la face interne a été représentée pour la première fois. (Voir l'*Atlas* de G. Bidloo, 1685, planche 79). Gegenbaur, dans son Traité d'anatomie humaine, bien avant M. Poirier, nous a appris que le vaste interne « naît de la ligne rugueuse oblique (branche interne de trifurcation), ainsi que de la lèvre interne de la ligne âpre ».

Figure 194. — A comparer les insertions supérieures du petit fessier et du vaste externe avec les attaches de ces mêmes muscles (fig. 200). Est-ce que d'aventure la différence d'échelle entraîne une variation dans les rapports qu'affectent ces deux organes sur le bord antérieur du grand trochanter ?

Figure 197. — La face *interne* est appelée face *externe*.

Page 210. — « La tête regarde en haut, en dedans et en *avant* et non en arrière, comme je le lis dans nombre d'auteurs. » Il est évident que l'orientation du sphéroïde céphalique, essentiellement mobile, varie selon que les pieds sont placés en équerre ou dans un plan sagittal. Mais comme, d'autre part, le cotyle est orienté en bas, en dehors et en *avant*, sans qu'on puisse épiloguer sur sa direction, il n'est pas défendu de considérer la tête du fémur comme orientée en sens inverse.

L'erreur que commet M. Poirier tient à ce qu'il a examiné le fémur *isolé*, en disposant les condyles sur le même plan frontal. — Que s'il avait étudié l'os *en connexion* avec le bassin et avec la jambe, il aurait vu que le condyle interne est situé un peu *en arrière* du condyle externe, que la face antérieure de la diaphyse regarde légèrement en dedans et. par conséquent, que la direction de l'os et de la tête ne saurait être celle qu'il leur attribue. Les auteurs dont il fait le procès ont donc eu raison d'écrire ce qu'ils ont écrit.

Même page 210. — « La ligne intertrochantérienne postérieure, sur laquelle *ne s'insère pas le carré crural.* » Se référer aux fig. 198 et 202 et à la note D, page 220, où l'auteur parle d'un renflement ou mamelon osseux (mamelon du carré crural) » que cette ligne « présente vers son tiers moyen », et « au niveau duquel *commence l'insertion du muscle carré crural* ». Quant à la direction vraie de l'attache fémorale du muscle carré, dont M. Poirier semble revendiquer la découverte, nous nous permettrons de lui rappeler qu'elle se trouve décrite non seulement dans Cruveilhier (tome I, page 832), mais encore dans le livre de M. le professeur Mathias-Duval (*Manuel de l'Anatomiste*, page 434). On trouvera, en outre, cette insertion exactement figurée dans l'Atlas de Bourgery et Jacob (pl. 135), dans celui de Bonamy (pl. 64), et même dans les traités des professeurs Sappey (fig. 322) et Testut (fig. 219 de la 2e édition), etc., etc.

Page 211. — Le nom d'extenseur *crural* appliqué au quadriceps est mauvais. Le quadriceps n'étend pas la *cuisse*, mais la *jambe*.

Page 211. — *Petit trochanter*. — « C'est une éminence mamelonnée située à la partie *postérieure* du col. » L'auteur de l'anatomie exacte aurait pu dire à la partie *inférieure* et il aurait bien dit.

Page 212. — *Trifurcation de la ligne âpre*. — Branche externe. — « C'est la branche fessière ou *crête du grand fessier* qui donne insertion au muscle de ce nom. » Si je ne m'abuse, le vaste externe s'attache également à cette crête, ainsi que le troisième adducteur. (Voir fig. 200.)

Page 213. — La rainure condylienne qui sépare le champ rotulien du champ méniscal n'a pas la direction marquée sur la fig. 205. Elle part de l'échancrure que présente le bord interne de la surface articulaire pour gagner l'échancrure intercondylienne. Sa direction réelle est donc oblique en arrière et en dehors. Cette échancrure du bord interne n'est, du reste, pas mentionnée dans le texte, non plus que l'échancrure similaire du bord externe.

Page 214. — « La face intercondylienne du condyle interne montre, dans sa moitié supérieure, la très large empreinte d'attache du ligament croisé postérieur, qui se prolonge en avant sur l'échancrure intercondylienne. » C'est vrai ; malheureusement la figure 204 est en contradiction avec le texte. C'est seulement sur l'échancrure intercondylienne qu'est représentée cette empreinte. Le désaccord n'est pas moindre entre le texte et le dessin quant aux attaches du ligament croisé antérieur : mais, cette fois, c'est le dessin qui a raison. L'auteur a oublié de noter que l'empreinte se poursuit sur l'échancrure intercondylienne.

Page 215. — « Le tubercule sus-condylien *interne* est beaucoup plus développé que l'*externe*. » Il eût fallu ajouter que ce dernier est des plus rares et qu'il fait défaut dans la très grande majorité des cas. Testut ne l'a rencontré que 3 fois sur 60 fémurs.

Page 216. — *Ossification*. — « Le grand et le petit trochanters se soudent **entre eux** à 17 ans ». !!! Heureusement la figure 210, juxtaposée à cette assertion ultra-fantaisiste, proteste énergiquement contre cette erreur colossale. Elle montre nettement que les deux apophyses, *séparées l'une de l'autre par toute la largeur du col fémoral*, sont dans l'impossibilité de se conjoindre, à n'importe quel stade de l'évolution du fémur.

Page 216. — *Architecture*. — *Corps*. — « Le cylindre est plus épais dans la moitié postérieure de l'os que dans la partie antérieure..... C'est un cas particulier d'une loi que confirment **toutes** mes recherches sur ce sujet, loi qui peut être ainsi formulée : *dans les os longs incurvés l'épaisseur du cylindre diaphysaire est toujours plus grande du côté* **concave**. » — A moins que ce ne soit du côté **convexe**. En bonne loi qu'elle est, la loi Poirier se garde bien d'avoir un effet *rétroactif*. Que si nous revenons en arrière à l'article cubitus (page 156), voici en effet ce que nous lisons : « *le corps* est formé par un cylindre épais de tissu compact ; à la partie postérieure, **convexe**, la couche compacte est

plus épaisse qu'à la partie antérieure *concave* ». Inutile d'insister. Ce n'est pas tout. Quand M. Poirier se trompe, ses erreurs, nous en avons fourni maint exemple, dépassent généralement la mesure ordinaire. A peine promulguée, la fameuse loi tombe déjà en désuétude. Voyez plutôt page 231, *Architecture du tibia*. — « Le cylindre compact de la diaphyse acquiert son *maximum d'épaisseur au niveau du bord antérieur ou crête tibiale.* » Je suppose que, pour M. Poirier, comme pour tout le monde, le tibia est tant soit peu incurvé sur ses faces latérales.

Passons maintenant au **maxillaire inférieur** qui, d'après l'auteur, rentre dans la catégorie des **os longs** (! ! !). — Page 485. — L'épaisseur de la couche compacte *atteint son maximum le long du bord inférieur où elle varie de 3 à 5 millimètres*. Or, s'il est un os incurvé, on me concédera sans conteste que c'est la mandibule; il n'y a guère moyen d'épiloguer sur la *concavité* de sa face interne et pourtant c'est sur le bord inférieur, décrit avec raison comme *convexe* (page 483), que l'on constate la plus grande épaisseur du tissu compacte.

Que dites-vous de cette loi confirmée par **toutes** les recherches de l'auteur ? Avouez que les essais de généralisation ne réussissent guère à M. Poirier.

Page 219. — *Insertions musculaires*. — Sur le tableau qui les résume, je cherche en vain le *sous-crural* ou tenseur de la synoviale. Parmi les muscles qui s'attachent à la ligne âpre, l'auteur a omis d'inscrire le *grand fessier* (fig. page 209). Parmi ceux qui s'insèrent au bord antérieur du grand trochanter et à la branche externe de trifurcation, le *vaste externe* est également oublié (voir fig. 194 et 198). Même silence en ce qui concerne le *3e adducteur*.

Même page, fig. 214. — La surface de coupe ne correspond pas à la direction indiquée sur la fig. A. Le petit trochanter ne devrait pas être représenté sur la coupe, puisque, fig. A, il se trouve à 3 centimètres au-dessous de la ligne qui marque le trajet de la scie.

Page 221. — « Houzé n'admet pas l'origine *atavistique* du 3e trochanter. » Était-il vraiment utile de créer ce barbarisme quand on avait l'adjectif *atavique* à sa disposition ?

La *platymérie* du *tibia* (πλατύς, large et μηρός, fémur) constitue aussi une trouvaille malheureuse. On dit platycnémie (κνήμη, jambe). Quant à l'explication de la platymérie donnée par M. Poirier, d'après M. Manouvrier, je me permets, pour plusieurs raisons que je me propose de développer ailleurs, de la regarder comme un pur produit de l'imagination.

Puisque l'auteur faisait tant que de nous parler *platymérie*, il n'eût pas été mauvais de distinguer entre les deux variétés d'aplatissement. Celui-ci ne se manifeste pas toujours dans le sens *antéro-postérieur*. Sur certains fémurs, la platymérie est *transversale*. D'aucuns décrivent même une platymérie *oblique*.

Page 221. — *Fosse hypotrochantérienne*. — « Elle donne insertion à des faisceaux du muscle *grand fessier*. » — M. Poirier se trouve ici en désaccord avec ses élèves. Si j'en crois M. Evangeli qui, dans une thèse (1894) écrite dans le laboratoire du chef des travaux, a étudié cette fosse avec quelque soin, « *le gros tendon du muscle grand fessier* ne s'insère que sur *la ligne des rugosités* (située en-dedans de la fosse) et *seulement sur elle.* » La partie moyenne lisse et la lèvre externe donnent attache à des fibres charnues allant au *vaste externe*. C'est **entre** ces deux chefs d'insertion tendineux et charnus que se trouve la fossette hypotrochantérienne.

Page 220. — L'auteur aurait pu se dispenser de donner le nom d'*empreinte iliaque* à la facette juxta-céphalique sur laquelle Berteaux (de Lille) a, *le premier*, attiré l'attention des anatomistes. Rien de moins démontré que l'assertion qui représente cette empreinte comme résultant « *du contact de l'avancée osseuse qui supporte l'épine iliaque antéro-inférieure avec cette partie antérieure du col, dans la flexion de la cuisse sur le bassin.* » Il est faux que, dans la flexion à angle droit de la cuisse sur le pelvis, l'empreinte susnommée arrive au contact du sourcil cotyloïdien. Lors même que *les os sont dépouillés de leurs parties molles*, il n'y a de contact possible que dans une position mixte *d'adduction forcée* et *de rotation en dedans*, accompagnée de flexion, qui est si loin de correspondre à une attitude naturelle qu'on ne saurait la réaliser.

M. Poirier a manqué une belle occasion d'être original et logique en rompant avec la tradition qui range la *rotule* dans le segment sural du squelette. A l'époque où la rotule était regardée comme l'homotype de l'olécrâne, on pouvait comprendre que la description de cet os prît place à côté de celle du péroné et du tibia. Mais, aujourd'hui, tout le monde s'accorde à considérer la rotule comme un simple sésamoïde annexé au tendon du quadriceps. Or, comme la pointe de ce sésamoïde, articulé uniquement avec la trochlée fémorale et n'entrant jamais en rapport avec le tibia, ne dépasse pas l'interligne articulaire, il convenait donc, ce me semble, de rendre cet os à la cuisse; il n'y a plus désormais de raison pour persister dans les vieux errements.

(La suite au prochain numéro.) Georges Dety.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Un traitement de l'acromégalie.

Mendel *(Société de Médecine berlinoise)*, dans une des dernières séances, a fait une communication fort intéressante concernant le traitement de l'acromégalie par l'emploi des glandes pituitaires de mouton.

Il s'agit d'une malade qui avait des antécédents qu'il faut signaler. A l'âge de seize ans, elle eut un goitre, qui fut fortement amélioré par l'usage de l'iodure de potassium.

Sept ans plus tard, la malade voit ses règles se supprimer; elle eut de la céphalalgie, de l'hémianopsie. Ces phénomènes ne tardèrent à être suivis d'autres phénomènes tout à fait typiques. Les pieds et les mains de la malade devenaient plus gros, il y avait hypertrophie des arcades sourcilières, augmentation de volume et saillie de la mâchoire inférieure.

Mendel se vit en face des déformations caractéristiques de l'acromégalie. Il y avait aussi hémianopsie bitemporale.

Mendel commença par donner à sa malade de l'extrait thyroïdien. Celui-ci ne produisit aucun résultat. C'est alors qu'il eut l'idée de recourir aux glandes pituitaires crues de mouton, à dose de un gramme par jour.

Au bout de quinze jours il y avait déjà de l'amélioration. La malade put, à partir de ce moment, fermer la bouche, et le réflexe rotulien gauche se montra de nouveau. De même l'état général de la malade se releva. C'est dans cette situation que la malade se trouve actuellement. On continue naturellement son traitement.

Tout permet donc d'espérer que le mieux s'accentuera, et que ce cas d'acromégalie sera heureusement influencé par l'emploi des glandes pituitaires.

Ces faits méritent d'être mentionnés, non seulement en raison de la guérison obtenue dans une maladie aussi rebelle que l'acromégalie, mais encore à un point de vue plus théorique, concernant le rôle étiologique des lésions de la glande pituitaire.

Ostéomyélite aiguë des vertèbres.

W. Muller *(Deut. Zeitschrift für Chir.)* a fait un travail dans lequel il s'est livré à une étude approfondi d'une affection rare, l'ostéomyélite aiguë des vertèbres.

La base de ce travail est fournie à l'auteur par une observation qu'il relate tout au long, avec résultats d'autopsie.

D'après le cas qu'il a observé, et ceux qui ont déjà été publiés, l'auteur trace de l'ostéomyélite aiguë des vertèbres un tableau d'ensemble dont on peut résnmer ainsi les principaux traits.

L'ostéomyélite aiguë peut frapper la colonne vertébrale de bien des façons. Ou bien elle attaque la colonne dans son ensemble, ou bien elle ne prend qu'un de ses segments. Elle prend les différentes parties des vertèbres, tant les corps vertébraux que les arcs ou les apophyses. Plus souvent ce sont les vertèbres dorsales qui sont envahies; viennent ensuite les vertèbres lombaires, enfin les vertèbres sacrées et cervicales.

L'ostéomyélite des vertèbres se traduit, comme toute ostéomyélite, par des symptômes généraux et des phénomènes locaux. Ceux-ci consistent en douleur et raideur du dos. L'œdème inflammatoire se voit comme ailleurs, et bientôt il se transforme en fluctuation manifeste. Ce qui appartient en propre à cette variété d'ostéomyélite, c'est l'apparition précoce de troubles du côté du système nerveux. Ces troubles sont importants à connaître, car souvent ils arrivent à dominer la scène à tel point que l'on croit avoir affaire à une affection nerveuse pure. Ainsi, dans son observation personnelle, Muller dit avoir cru d'abord être en présence d'une paralysie de Landry. Resterait même à savoir si l'erreur n'a pas été déjà commise par d'autres médecins et si certains cas d'ostéomyélite aiguë n'ont pas été méconnus et faussement diagnostiqués.

Cela est d'autant plus vraisemblable que le seul critérium vrai du diagnostic, c'est l'abcès; que la fluctuation soit lente à apparaître, que le foyer primitif soit masqué par une autre affection, comme une pleurésie, que la partie de la vertèbre atteinte soit plus difficilement abordable par sa situation, le diagnostic pourra longtemps être en suspens, et même s'égarer, si l'apparition de l'abcès ne vient pas donner sa signature à la maladie.

Est-il nécessaire de dire que cette maladie est des plus sérieuses? Huit cas ont été relevés dans la science par Muller; il n'y eut que deux guérisons. L'auteur croit, d'ailleurs, que ce pronostic peut être atténué par l'ouverture précoce de l'abcès.

Actinomycose des poumons.

Heusser *(Berliner klin. Wochenschrift)* cite une observation du plus haut intérêt, tant à cause du diagnostic délicat à porter qu'à cause de tous les points se rapportant à l'histoire de la malade en question.

Une femme de cinquante ans eut une pleurésie du côté droit. On retira du liquide clair, citrin, et l'épanchement semble un épanchement pleural simple, par l'examen chimique et microscopique. Mais le liquide une fois résorbé, au lieu de revenir plus ou moins à la santé, la malade maigrit, se cachectisa, perdit ses forces. On songea à une tuberculose pleurale se compliquant de tuberculose pulmonaire, bien que la percussion, l'auscultation et l'examen bactériologique des crachats ne donnent pas de signes réels.

Bientôt cependant on voit une induration du sommet droit avec râles et respiration rude. De plus, il y a à ce moment des symptômes cavitaires au niveau du lobe moyen. On se croit à ce moment bien en face d'une tuberculose, quand l'examen des crachats vient montrer des actinomyces.

Toute l'évolution antérieure de la malade était donc expliquée par une actinomycose primitive du poumon. D'où provenait cette actinomycose? Il est, en effet, assez curieux de voir dans le poumon la première localisation de cette maladie. Après examen attentif, l'auteur conclut que ce sont les poussières de l'atmosphère, directement absorbées, qui charriaient le parasite.

Un traitement fortifiant et l'iodure de potassium améliorèrent beaucoup la malade. Mais encore maintenant la guérison n'est pas obtenue, comme le prouve la présence d'actinomyces dans les crachats.

Ce fait est à retenir, car il est rare, et bien fait pour dépister le clinicien, qui n'arriverait jamais à l'élucider s'il n'était doublé d'un bactériologiste.

Formations kystiques de l'extrémité du nerf optique.

Sachsalber (*Beitrage zur Augenheilkunde*) rapporte l'histoire d'un malade chez qui s'étaient formés de petits kystes au niveau de la papille du nerf optique. Ces petits kystes ont été reconnus par l'auteur pendant la vie du malade.

C'étaient des saillies rondes, situées sous les vaisseaux de la rétine. On les rencontrait tant à droite qu'à gauche. D'ailleurs, il n'y avait aucun symptôme fonctionnel; la vue était normale.

Le malade fut emporté par une affection intercurrente. C'est alors que l'autopsie vint donner les détails suivants sur la nature et la formation de ces kystes. La papille, en effet, présentait des cellules en voie de transformation hyaline, allant jusqu'à former de vraies concrétions hyalines. Ces concrétions hyalines, par leur résorption, produisaient des kystes. C'est par ce processus que s'expliquait la présence de ces kystes au niveau de la papille du nerf optique. Les concrétions hyalines, c'est-à-dire les futurs kystes, se trouvaient, chez le malade en question, en avant comme en arrière de la lame criblée. Elles ne se voyaient, par contre, que dans le nerf optique. Enfin, dernier point intéressant à citer, les parois des vaisseaux de la papille étaient le siège d'un épaississement marqué portant sur la tunique adventice.

ITALIE

Forme clinique de l'influenza.

O. Rapisarda a montré combien difficile parfois il pouvait être de reconnaître l'influenza. Cette affection prend volontiers le masque d'autres maladies, et souvent le clinicien est hésitant, surtout au début de la maladie.

Mais il est une maladie que l'influenza simule particulièrement bien : c'est la méningite cérébro-spinale.

Un malade est pris de fièvre durant huit jours. Cette fièvre est faite de grandes oscillations. De plus, des douleurs musculaires, surtout dans le dos, s'ajoutent à cet état général déjà mauvais. Bientôt survient un délire violent; les autres symptômes augmentent d'intensité. Tous les mouvements de la tête deviennent impossibles, tant sont fortes les douleurs de nuque. Dans cet état, l'auteur est appelé à voir le malade. S'informant de son genre de vie, il apprend que celui-ci habite une région où règne la méningite cérébro-spinale.

Bien entendu, cette affection semble être celle dont est atteint le malade en question. C'est à elle que pense Rapisarda, mais il n'ose en porter le diagnostic ferme. Un état comateux vient du reste suivre les symptômes précédemment énumérés. Un peu de strabisme gauche constitue à lui seul tous les phénomènes d'ordre vraiment méningitiques.

Ce malade, par la suite, est allé de mieux en mieux; les phénomènes pseudo-méningitiques ont cédé peu à peu. Aussi le diagnostic de méningite cérébro-spinale fut-il écarté. Il n'y avait pas là, en effet, de signe vraiment pathognomonique de la méningite, rien donc qui autorisât le diagnostic de méningite cérébro-spinale. On en conclut par conséquent qu'on avait affaire à un fort accès d'influenza, d'apparence méningitique, et ce fait peut être ajouté à la liste déjà assez fournie d'influenza à forme méningitique.

Le diagnostic d'influenza est de ceux qui, quelquefois, sont les plus délicats à faire. Dans ces conditions, lorsque l'on hésite entre influenza ou telle autre maladie que celle-ci simule, il faut

bien se rappeler que, d'ordinaire, l'influenza, tout en revêtant les allures d'une autre maladie, en présente rarement les signes pathognomoniques.

C'était le cas ici : il n'y avait pas de vrais symptômes méningitiques, de ces symptômes qui s'imposent au clinicien. Aussi l'idée d'influenza à forme méningitique a-t-elle prévalu et la marche ultérieure de la maladie a-t-elle confirmé cette façon de voir.

Des fibromyômes.

Bossi (*Gazetta degli Osped. et del. Clin.*) insiste sur deux cas d'énormes fibromyômes, où l'ablation était impossible et où il a dû se contenter de faire la ligature des vaisseaux tubo-ovariques, d'une part, où il a fait la castration, d'autre part. Les adhérences empêchaient l'ablation des tumeurs.

Grâce à ces deux procédés, l'auteur a obtenu assez rapidement l'atrophie des fibromyômes, dans un laps d'un an environ.

Voici comment, pour lui, se fait ce processus de destruction : les fibres musculaires subissent la dégénérescence graisseuse, et de plus les leucocythes viennent s'infiltrer dans les tissus qui subissent le processus régressif. Ce processus s'accompagne souvent d'acétonurie, qui persiste même après l'absorption des fibromyômes.

L'absorption des fibromyômes est bien en rapport avec la ménopause, la grossesse; elle succède également, comme le prouvent les deux cas de Bossi, à la castration et à la ligature des vaisseaux tubo-ovariques.

Enfin, dernier point sur lequel l'auteur insiste, que faire devant une femme enceinte affectée d'un fibromyôme ? Le mieux est d'attendre la fin de la grossesse, si cela est possible. Si cela ne peut se faire, si la malade est exposée par cette expectation à des dangers sérieux, il faut faire l'avortement ou l'accouchement prématuré. Ceux-ci sont-ils eux-mêmes difficiles, par suite de la disposition de la tumeur, on n'hésitera pas à se tourner du côté de la myomectomie.

RUSSIE

Chirurgie de l'hypertrophie de la prostate.

On sait que la question de l'intervention dans l'hypertrophie de la prostate est une des questions à l'ordre du jour. De différents côtés on a fait à ce sujet plusieurs expériences intéressantes, et qu'il est bon de relater.

Ce que l'on sait aujourd'hui, c'est que la castration provoque une atrophie de la prostate. Le fait est acquis. Reste à en connaître la raison, à savoir par suite de quels phénomènes se fait cette atrophie.

Prjewalsky (*Wratch*) a essayé d'éclaircir cette question, et ce sont les résultats de ses expériences que nous publions ici.

L'auteur a dans certains cas enlevé les deux testicules, dans d'autres cas il a respecté l'un d'entre eux; de plus il a sur certains animaux enlevé les nerfs du plexus séminal; chez d'autres, il a fait l'extirpation des deux canaux déférents.

De l'ensemble de ces expériences, variées comme on le voit, l'auteur a pu tirer de nombreuses conclusions portant sur des points divers.

Il estime que la cause immédiate de l'atrophie de la prostate après la castration réside dans un trouble de continuité anatomique des nerfs de Cooper. Ces nerfs joueraient un rôle de première importance, puisque leur excision amène l'atrophie de la prostate, que l'on ait fait ou non l'excision des canaux déférents. Mais ils n'influent en rien sur le volume du testicule.

Lorsque la prostate diminue de volume après la castration, il serait faux de considérer cette diminution comme se faisant brutalement. En effet la diminution de volume de la prostate ne commence qu'à partir du troisième jour qui suit la castration. Cliniquement on ne peut constater la diminution de la prostate que deux ou trois semaines après la castration. Du moins ces résultats sont ils ceux obtenus chez le chien ; il est à supposer que chez l'homme il en est de même. Il faut même noter que pendant les premières heures qui suivent la castration la prostate commence par se tuméfier.

Un fait sur lequel l'auteur insiste encore, c'est que dans les cas où il y a atrophie congénitale ou acquise du testicule, il n'y a pas toujours et forcément atrophie de la prostate.

Le rôle des nerfs, comme on peut s'en rendre compte, est de premier ordre. En effet il suffit de supprimer la fonction des nerfs séminaux externes du chien pour voir se produire un trouble de la sécrétion testiculaire. Va-t-on jusqu'à supprimer la fonction du plexus séminal interne, il y a atrophie testiculaire complète, allant jusqu'à la disparition totale du parenchyme de l'organe.

On voit donc par les expériences de Prjewalsky que la question des rapports de l'atrophie de la prostate avec la disparition fonctionnelle de telle ou telle partie de l'appareil génital est relativement assez complexe. Et surtout on voit que le rôle des nerfs tient dans l'ensemble de cette question une place d'une réelle valeur, puisque c'est dans un trouble de continuité de certains filets nerveux que pour l'auteur réside la cause de l'atrophie de la prostate après la castration.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier. — Présidence de M. Théophile Anger.

A propos de la correspondance, **M. Monod** présente, aux noms de Mme veuve Lefort, Mme et M. Lejars, le second volume des œuvres de M. Léon Lefort. L'auteur de la préface de ce volume, M. le docteur Dujardin-Baumetz, inspecteur général du service de santé militaire, a fait ressortir le rôle joué par Léon Lefort dans la chirurgie militaire.

Du traitement de la septicémie péritonéale par les injections de sérum artificiel.

M. Michaux. — Je désire compléter ce que j'ai dit, dans la dernière séance (voir *Gazette Médicale* du 21 décembre 1895) sur les injections intra-veineuses de sérum destinées à combattre la septicémie péritonéale post-opératoire. Mon dire est basé sur une quinzaine d'observations. Mais je ne veux en retenir, tout d'abord, qu'une seule qui est, selon moi, de la plus haute importance, parce que par ma présence pendant 10 heures consécutives auprès de ma malade, j'ai pu suivre, pas à pas, les effets toniques et vraiment surprenants produits par les injections de sérum dans les veines.

Il s'agissait d'une femme légèrement diabétique, chez laquelle j'avais fait l'hystérectomie vaginale par morcellement, pour fibrôme remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic. L'opération avait duré une heure trois quarts environ. Le lendemain, état satisfaisant, température normale. Le surlendemain, la température descendit à 36° et le troisième jour, au matin, ma malade était dans un état inquiétant, elle ne rendait pas de gaz, avait le facies tiré, la température à 35°9, bref, la septicémie péritonéale était déclarée.

Je fis alors de larges applications de glace sur le ventre, je donnai des purgatifs énergiques et, dans la veine céphalique droite, j'injectai 1,000 grammes de sérum à 39°. C'est alors que j'assistai aux phénomènes suivants :

Une demi-heure après l'injection intra-veineuse, la tempéra-

ture était montée de 35°9 à 36°5. Une heure plus tard, elle était montée à 38°4. Enfin, deux heures après, elle était montée à 39°. En même temps, le pouls, primitivement filiforme, devenait ample, mieux frappé, plus lent, et, de 140, il descendait à 120.

Pendant trois jours, je m'acharnai de la sorte contre la maladie, multipliant les injections sous-cutanées, débarrassant le tube digestif à l'aide de purgatifs. Ma malade resta, pendant ce temps, entre la vie et la mort. Mais j'ai réussi à la sauver et elle se porte parfaitement aujourd'hui, ne conservant aucune trace de son mal, sauf une phlébite, qui est d'ailleurs en bonne voie.

Il est donc entendu que les injections intra-veineuses ont été pour beaucoup dans la rénovation de cette malade. Ce n'est pas là un fait unique. Pendant les vacances dernières, chez une femme, hystérectomisée pour un pyosalpinx, des accidents semblables se sont montrés ; seulement la température est restée, cette fois-ci, au-dessus de la normale. J'ai, de même, fait deux injections intra-veineuses de 1,500 grammes de sérum à une demi-journée d'intervalle. De plus, et c'est là une pratique que j'ai déjà signalée, pendant huit jours consécutifs, j'ai fait des lavages abdomino-vaginaux fréquents, avec de l'eau salée, par un gros tube introduit dans l'abdomen et ressortant par le vagin. Ma malade a guéri. J'ai, de la même façon, sauvé deux malades dans le service de M. Schwartz, à l'hôpital Cochin.

Tous ces faits m'ont conduit à penser que, dans ces cas de septicémies péritonéales post-opératoires, il fallait intervenir vite et faire beaucoup de choses à la fois.

Permettez-moi, maintenant, de vous donner les résultats que j'ai obtenus et de vous dire le résumé de ma pratique. Sur quinze cas ainsi traités, j'ai obtenu cinq guérisons franches et, chez les malades qui sont morts, j'ai vu survenir cependant de notables améliorations aussitôt l'injection. J'ai injecté, le plus souvent, le sérum de M. Hayem, et même, dans certains cas, une solution de 7, 8, 10 grammes de sel marin pour 1 litre. Sur le bras préalablement préparé, je mets à nu, soit la veine basilique, soit la veine céphalique. Je pince la veine en dessous du point que je dois ouvrir, et j'ouvre ce point par une incision en V par laquelle j'introduis le tube creux n° 2 de Potain adapté à un tube de caoutchouc. La quantité de sérum injectée a été de 800, 1,200, et 1,500 grammes et quelquefois plus. Je recommande de bien pincer le tube et la veine sous une même pince, pour éviter le reflux du liquide et la pénétration de l'air.

L'injection étant faite, je n'ai observé aucun phénomène immédiat important. On voit généralement la respiration prendre plus d'ampleur et la sécrétion urinaire augmenter.

J'ai eu un petit accident. Chez la malade dont j'ai rapporté plus haut l'histoire, il s'est produit une véritable dyspnée qui nous a obligés à suspendre l'usage du sérum. J'ai vu aussi se produire, chez elle, un point de côté ayant des allures inquiétantes. D'autre part, chez une malade, j'ai vu se produire des vomissements séreux immédiatement aussitôt après l'injection de 2,000 grammes de liquide. Enfin, des accidents de pléthore séreuse peuvent se produire, accompagnés de sensations de liquide qui passe dans le cou, la face, etc.

Je n'ai vu aucun accident ultérieur, sauf un cas d'embolie pulmonaire, mais qui était attribuable à une autre maladie.

En définitive, mon impression est que, si les injections de sérum sont d'un précieux secours, il faut leur ajouter autre chose et ne pas se contenter de les employer seules. On devra leur ajouter ainsi les injections sous-cutanées de sérum qui sont un précieux adjuvant. La question demande enfin que l'on discute la valeur de tous les moyens que nous avons à notre disposition pour combattre la péritonite septique : purgations, lavements, applications de glace, qui produisent tous d'excellents effets, à mon avis, surtout quand ils sont réunis.

Je crois, enfin, qu'il y a avantage à rouvrir de bonne heure le ventre, pour faire, pendant deux ou trois jours, de grands lavages abdomino-vaginaux avec de l'eau salée très chaude. Je dirai même que cette méthode donne des résultats analogues à l'injection intra-veineuse. Mais il faut être convaincu, avant tout, que le succès réside dans la surveillance active des malades et que cette surveillance seule conduit à la lutte intense contre la septicémie péritonéale.

M. Monod. — La question qui nous occupe est une question encore à l'étude. Il importe, avant tout, d'apporter des faits. Nous discuterons après. Pour ma part, je veux donc simplement remettre aujourd'hui les observations que je vous ai annoncées à la dernière heure. Dans ces observations sont consignés les résultats des injections intra-veineuses de sérum faites dans mon service par mon interne M. Beaussenat. Sur 7 cas, il y a eu 4 morts et 3 guérisons. Même dans les cas de mort, les résultats immédiats de l'injection ont été merveilleux. La quantité de sérum injectée a varié entre 1,600 et 1,800 gr. par injection. Une double indication a commandé ces injections : le choc opératoire et l'infection. Dans la plupart de ces observations, il s'est agi de choc opératoire. Une seule fois, je puis dire qu'il s'est agi d'infection d'origine stercorémique.

M. Routier. — Je me souviens qu'en 1888, notre regretté Jubel-Rénoy et moi nous injectâmes, chez une malade atteinte de septicémie à la suite d'opération pour salpingite purulente, 600 gr. de la solution de sérum artificiel de Hayem. La malade survécut deux ou trois heures, et depuis, je n'ai pas osé « récidiver cette pratique ».

Rapport.

M. Félizet lit un rapport sur une observation de traitement de l'antéversion des incisives supérieures, présentée par M. le Dr Gaillard, chirurgien dentiste de l'Hôpital Saint-Antoine.

Lecture.

M. Mignon lit l'observation d'une occlusion intestinale brusquement produite par un enroulement de gauche à droite du mésentère.

Elections.

A la suite des élections, le bureau de la Société de Chirurgie pour 1896 est ainsi composé :

Président : M. Monod ;
Vice-président : M. Delens ;
Secrétaires annuels : MM. Quénu et Nélaton ;
Trésorier : M. Schwartz ;
Archiviste : M. Brun.

Présentation de malades.

M. Schwartz présente deux malades opérés pour anévrysmes poplités par la méthode d'Anel : ligature de l'artère au-dessus de l'anévrysme.

Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 décembre 1895.

Sur la diminution de la fièvre typhoïde dans la commune de Saint-Ouen-sur-Seine.

M. Vallin lit un rapport sur un travail de MM. Dubousquet-Laborderie et Duchesne, et fait remarquer que le laps de trois années invoqué par les auteurs pour affirmer que la fièvre typhoïde décroît est un laps de temps trop court, car il pourrait bien s'agir tout simplement là d'une série heureuse.

Un cas d'actinomycose.

M. Duguet présente un malade atteint d'une induration diffuse avec trajets fistuleux de la région maxillo-génienne et chez

equel le diagnostic d'actinomycose a été confirmé par l'examen microscopique. La porte d'entrée des actinomycètes paraît avoir été une dent molaire, aujourd'hui extraite.

Le traitement ioduré a déjà amélioré la situation de ce malade.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 13 AU 18 JANVIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 janvier, à 1 heure. — 1er : MM. Blanchard, Weiss, André. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Gilles de la Tourette. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Pinard, Reclus, Ricard. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Tuffier, Delbet.

Mardi 14 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Achard, Charrin. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Le Dentu, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Cornil, Marie, Ménétrier. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Proust, Chantemesse, Thoinot.

Mercredi 15 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Reclus, Lejars, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Ricard, Broca.

Jeudi 16 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Le Dentu, Hartmann. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Charrin, Achard. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 17 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Pouchet, Retterer, Weiss. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Reclus, Delbet. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hayem, Landouzy, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Lejars.

Samedi 18 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Duplay, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Raymond, Hutinel, Roger.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 janvier, à 1 heure. — *M. Masquerey* : Etude sur les kystes hydatiques du mésentère et du mésocôlon (MM. Tillaux, Terrier, Tuffier, Walther). — *M. Raymond Martin* : De l'influence des ulcérations du placenta sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né durant les dix premiers jours qui suivent la naissance (MM. Tillaux, Terrier, Tuffier, Walther). — *M. Valois* : Blessures par grains de plomb de l'organe de la vision (MM. Terrier, Tillaux, Tuffier, Walther). — *M. Barruol* : Complications cardiaques de la blennorrhagie (MM. Potain, Landouzy, Gaucher, Netter). — *M. Grésillon* : La thoracentèse dans le traitement du pneumothorax (MM. Potain, Landouzy, Gaucher, Netter). — *M. Gosset* : Le mariage des chlorotiques (MM. Landouzy, Potain, Gaucher, Netter).

Jeudi 16 janvier, à 1 heure. — *M. Chesnais* : Etude sur la fièvre typhoïde à la campagne (MM. Debove, Raymond, Marie, Marfan). — *M. Redhon* : Des troubles cardiaques de l'hystérie (MM. Raymond, Debove, Marie, Marfan). — *M. Jorand* : Accidents et complications de la symphyséotomie (MM. Guyon, Berger, Maygrier, Albarran). — *M. Mérieux* : Contribution à l'étude clinique de la phlébite variqueuse suppurée (MM. Berger, Guyon, Maygrier, Albarran). — *M. Lalande* : Arnaud de Villeneuve ; sa vie ; ses œuvres (MM. Laboulbène, Berger, Maygrier, Albarran). — *M. Blancard* : Réflexions sur l'hygiène de la grossesse ; de l'accouchement et du post-partum à la campagne ; abus et imprudences des matrones (MM. Lannelongue, Berger, Maygrier, Albarran).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Dans sa séance du 30 décembre dernier, le Conseil municipal a accordé, pour l'année 1896, une somme de 111,000 fr. à titre de subventions spéciales en faveur des études médicales (bibliothèques, laboratoires, musées, etc.).

Une grande partie de ses subventions est attribuée à des laboratoires dans divers hôpitaux et le rapporteur a dit qu'il y avait lieu de poser à ce propos les deux questions suivantes :

Au lieu de subventionner plusieurs laboratoires dans un même hôpital, ne serait-il pas plus utile de créer dans chaque établissement hospitalier un seul laboratoire où tous les maîtres pourraient travailler et réunir leurs élèves ?

Ne convient-il pas, en dehors de ces diverses créations, d'organiser à Paris un grand laboratoire général et central ?

L'étude de ces deux questions sera proposée à la cinquième commission dès le début de la prochaine session.

En réglant le budget de l'Assistance publique pour 1896, le Conseil municipal a rétabli le crédit destiné à payer les indemnités des externes des hôpitaux, crédit qui avait été supprimé dans le projet de l'administration.

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Souques, 18 ; Hudelo, 16 ; Florand, 18 1/2.

La prochaine séance aura lieu jeudi 9 janvier, à 4 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec.

Concours de l'internat.

Epreuve orale. — MM. Guillemard, 12 ; Hennecart, 16 ; Zimmern, 12 ; Chifoliau, 10 ; Dauriac, 16 ; Hivet, 16 ; Chastenet, 13 ; Ardoin, 18 ; Elias, 13 ; Sikora, 11 ; Gaullieur l'Hardy, 17 ; Théohari, 18 ; Keim, 18 ; Deguy, 19 ; Ghika, 19 ; Legay, 10 ; Rellay, 16, Chaillous, 18 ; Moret, 17 ; Leven, 12 ; Rosenthal, 19 ; de Font-Réaulx, 17 ; Turner, 17 ; Gibert, 16 ; Rehreyend, 19 ; Veuillot, 16 ; J.-C. Roux, 19 ; J. Fournié, 12 ; Herrenschmidt, 17 ; Constensoux, 17 ; Edm. Mercier, 17 ; Masselon, 15 ; Celos, 17 ; Bernheim, 16.

La prochaine séance aura lieu vendredi 10 janvier, à 9 h. 1/2, à la Charité.

Total des points. — MM. Ghika, 47 ; Rosenthal, 46 ; Rehreyend, 46 ; Théohari, 45 ; Keim, 45 ; Deguy, 45 ; Chaillous, 44 ; Hennecart, 43 ; Ardoin, 43 ; Turner, 43 ; Gibert, 43 ; J.-C. Roux, 43 ; Herrenschmidt, 43 ; Constensoux, 43 ; Edm. Mercier, 43 ; Bernheim, 43 ; Dauriac, 42 ; Hivet, 42 ; de Font-Réaulx, 42 ; Veuillot, 41 ; Gaullieur l'Hardy, 40 ; Rellay, 40 ; Moret, 40 ; Celos, 39 ; Elias, 38 ; Guillemard, 37 ; Chastanet, 37 ; Zimmern, 35 ; Masselon, 35 ; Sikora, 34 ; Leven, 34 ; Fournié, 33 ; Legay, 32 ; Chifoliau, 31.

Nomination des externes.

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite. Ce sont MM. :

1. Pierre Duval, Lœper, Girard, Tridon, Jean Heitz, Bosvieux, Katz, Pécharmant, Etienne Guihal, Calvé, Emile Benoit, Gadaud, Gouraud, Le Gamhier, Assicot, Salomon, Mermier, Alexandre, d'Herhécourt, Grégoire.

21. Fossard, Louis Legrand, Rouhaud, Vivier, Maurice Heitz, Paul Lehreton. Alquier, Legay, Bailey, Alglave, Belgrand, Bender, Decherf, Méheut, Thoyer. Bernheim, Menu, Theuveny, Vangeon, Tissot.

41. Guillain, Guyesse, Regnard, Poujade, Clerc, Loin, Guessarian, Guenot, Fresson, Poulain, Babonneix, Saurain, Jules Desvaux, Balthazard, Bonfils, Larigaudry, Guéry, Chalochet, Cotar.

61. Gabriel Sicard, Hallopeau, Théohari. Bigot, Viteman, Barhin, Girhe, René Follet, Bony, Mauger, Paul-Joseph Petit, Ménier, Henri Millon, Minet, Jean Monod, Blondin, Jeannin, Paul Darhois, Bacaloglu, Croisier.

81. Coyon. de Lacroix de Lavalette. Ballet, Paul Mayer, Deck, Gauckler, Loiseau, Julien Jamel, Hugé, Hivet, Courtellemont, Tardif-Bardinet, Saison, Jacques Thomas, Reynaud, Charles Michaud, Dropet, Merlet, Ducroquet, Foisy.

101. Marais, Hanotte, Cels, Inglessi, Berton, Mlle Pariselle, Georges Michaux, Bluysen, Schultz, Blandin, Bergouignan, Aubourg, Marcille, Leroy, Jullien, Elias, Dehret, Cochemé, Dulaux. Chômet.

121. Brinon, Willard, Ungauer, Mme Romanescu, Piot, Monthus, Mlle Marein, Thorel, Beaujard, Audebal, Guillermin, Grenet, Géraud, Boho, Garoflid, Morfaux, Galca, Froussard, Bénéteau, Lohligeois.

141. Parent, Jacques Vaillant, Lance, Carton, Chalmette, de Font-Réaulx, Lecœur, Degrenne, Lequeux, Le Tellier, Dionis du Séjour, Mlle Cohn, Cathelin, Charpentier, Vernet, Zimmern. Jules Lévy, Moret, Zannelis, Robin.

161. Roy, Maurice Bloch, Robillard, Soulier, Robert Henriot, Imbault, Heller, Paul Renault, Rellay, Pédebidou, Bleynie, Delestre, Jean Gagey, Giffard, Henri Dubois, Neveu, Moureyre, Diel, Ligerot.

181. Henri le Roux, Georges Milon, Masbrenier, Detot, Decorse, Delamare, Talandier, Jacques Fournié, Mannoni, Manet, Jean-Paul Dupuy, Sabatié, Poutchkow, Kuhn, Iselin, Chaillous, Cache, Audion, Beauvy, Hippolyte Guillot.

201. Mettey, de Clomesnil, Delaunay, Méret, Wagon, Genton, Picandet, Boricaud, Marcel Bertrand, Schachmann, Barricu, Fromageot, Fossier, Dambrin, Thoizon, Sébilleau, Lagrange, Brocard, Albert Boullet, Sainton.

221. Wahl, Mahar, Delherm, Augustin Chevalier, Adeline, Moulon, Pauly, Dardcau, Lucien Roques, Maurice Guillot, Crotet, Lochelongue, Chalret du Rieu, Le Couëdic, Lucien Vaillant, Louste, Arnal, Générier, Paul Guihal, Juquelier.

241. Lambert, Voisin, Biard, Edwards, Ganault, Duc-Dodon, Charles Durand, Pourtié, Judet, Dayerède, Javal, Couzin, Gottschalk, Coittier, Planchon, Léculier, Percheron, Néret, Paul Mathieu, Maricot.

261. Deletré, Peaudecerf, Ruelle, Delage, Weber, Lacasse, Halgan, Zamfiresco, Artaud, Trastour, Bruder, Bodin, Bougon, Blum, Maurice Bloch, Edmond Bloch, Joseph Surrel, Sersiron, Forestier, Duclos.

281. Mainot, Marmasse, Guérin, Ravary, Brissart, Achille Audy, Desgranges, Mlle Mugnier, Léon Renault, Reliquet, Hayem, Haret, Fachatte, Labussière, Maurice Martial, Lopès, Chapotin, Cailloué, Guerbé, Abrant.

301. Bousquet, Blavot, Joseph Andrieu, Gibert, Glaize, Thibault, Froin.

ACTES OFFICIELS

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeurs. — MM. les docteurs Ch. Bouchard, E.-J. Marey, Potain (de Paris).

Officiers. — MM. les docteurs d'Arsonval, A. Gautier, Grimaux, Lancereaux (de Paris) ; R. Lépine (de Lyon) ; Burot, Roussel (médecins de la marine).

Chevaliers. — MM. les docteurs Beauregard, Brissaud, Floquet, A. Leblond, Lubet-Barbon (de Paris) ; Baudin (de Nantua) ; Bretheau (de Vicq-sur-Nahon) ; Briand (de Villejuif) ; Clément (du François) ; Coulomb (de Draguignan) ; Em. Defaucamberge (de Gien) ; Mairet (de Montpellier) ; Mondot (d'Oran) ; Perret (de Rennes) ; Tournet-Desplantes (de Nogent-le-Rotrou) ; de Bonadona, Casanova, H.-L. Castellan, Dufour, Dubourcq, A.-F. Durand, Durbec, Libouroux, V.-A. Rousseau, G.-V. Roux (médecins de la marine) ; Haueur et Paquier (médecins des colonies).

Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Butte, Despagnet, Duboys de Lavigerie, Larrivé, C.-D. Magnant, Marchandé, Servaux, E.-C. Teissier, A.-P.-J. Verdier (de Paris) ; Caillet (de Luynes) ; A.-A. Cancalon (de Charenton-le-Pont) ; Clary-Bousquet (de Cahors) ; Cruard (d'Atticby) ; Dugenet (de Bléré) ; Gérard (de Montcornet) ; Lissonde (de Salies-de-Béarn) ; Loignon (de Talence) ; Masbrenier (de Melun) ; Rossi (d'Embrun) ; de Welling (de Rouen) ; Auffret (médecin de la marine).

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Voici la protestation que les étudiants en médecine de Montpellier ont adressée à leurs camarades des autres Facultés :

Aux étudiants en médecine.

Chers camarades,

Le 4 décembre 1895, les Etudiants en médecine de nationalité française, inscrits à la Faculté de Montpellier, se sont réunis en Assemblée générale pour s'occuper d'une question depuis longtemps soulevée et dont l'importance est essentielle aux yeux des étudiants et des médecins français.

L'ordre du jour était ainsi conçu : « Les étudiants étrangers de la Faculté de médecine sont de jour en jour plus nombreux : cette invasion est un obstacle à nos études et une menace pour notre avenir. Quelles mesures convient-il de prendre pour conjurer ce danger ? »

Un bureau fut nommé par acclamation et l'assemblée, avec le plus grand calme, en toute indépendance, prit d'importantes décisions, au sujet desquelles nous venons vous demander votre avis et, si vous le jugez à propos, votre assentiment, décisions qui jamais n'ont eu un caractère quelconque d'hostilité ou de menace, mais qui sont de simples actes de protection et de légitime défense.

L'Assemblée comprit que la Faculté de Montpellier ne devait pas seule prendre en main l'intérêt des étudiants français : elle pensa qu'il y avait lieu de faire appel à tous les Etudiants de France. Sans doute partout il n'en est heureusement pas comme ici, et dans nombre d'Ecoles et de Facultés vous n'assistez pas à ce lamentable spectacle d'une nnée d'exotiques encombrant les salles de dissection, troublant les services hospitaliers, montant à l'assaut de tous les concours et de toutes les places, bénéficiant des faveurs refusées aux Français et reléguant à l'arrière-plan tous nos compatriotes. Nous sommes donc admirablement placés pour juger cette grave question, et les premiers nous jetons le cri d'alarme, convaincus qu'il trouvera un écho dans les Facultés provinciales.

Depuis longtemps déjà, on manifestait l'intention de mieux défendre au bénéfice des Français l'accès des carrières libérales. Ces intentions ont naturellement rencontré de l'opposition chez les esprits plus ou moins chevaleresques, qui, sous le prétexte de rester fidèles au grand renom de l'hospitalité française, ne craignent pas de mettre avant leurs compatriotes des étrangers et foulent aux pieds les plus stricts devoirs de protection et d'égalité.

L'historique rapide de ce qu'on pourrait appeler la question des étudiants étrangers vous démontrera bien vite que, même avec les vœux que nous avons adoptés, nous faisons preuve encore d'une libéralité et d'une bienveillance considérables.

A. — Insuffisance des études prémédicales. — L'équivalence.

Vous savez, chers camarades, que, pour avoir le droit de s'inscrire dans une Faculté de médecine, il faut que le jeune Français soit pourvu de deux baccalauréats. Or ces baccalauréats, qui sont le couronnement de nos études classiques, demandent des études longues et pénibles, exigent l'internat, dans les lycées ou les collèges. Etes-vous muni du baccalauréat ès lettres complet, vous ne serez pas étudiant en médecine parce qu'il vous manque le baccalauréat ès sciences restreint (1).

Vous avez acquis votre diplôme, vous êtes inscrit dans une Faculté, mais le service militaire vient vous en tirer ; vous devez faire une coupure dans vos études, les cesser brusquement, abandonner votre place d'aide-préparateur ou d'externe, si vous avez vaillamment affronté les concours : vous perdez votre temps, et vous avez, au sortir du régime militaire, toutes les peines du monde à vous refaire à la vie de Faculté et à vous entraîner de nouveau pour de prochains concours.

Combien est différente l'entrée à la Faculté au jeune étranger et combien toutes les difficultés et tous les obstacles s'évanouissent devant lui, dès que la frontière franchie, il exprime le désir de s'inscrire dans une de nos Facultés !

Voici des chiffres fortement suggestifs : en 1895, 163 étrangers sont venus s'inscrire à la Faculté de Paris : ce sont des nouveaux.

Or, 132 ont été dispensés de tout diplôme, apparemment par l'excellente raison qu'ils n'en pouvaient fournir aucun ; 19 autres ont eu l'équivalence, terme sur lequel nous allons revenir ; 6 avaient un seul baccalauréat et ont été naturellement dispensés de l'autre, et, enfin, sur les 163 étrangers, 6 seulement étaient normalement pourvus des deux baccalauréats réglementaires (*Gazette des Hôpitaux*, 10 décembre 1895).

Voilà donc les trois quarts des inscrits étrangers dont l'instruction n'est nullement en harmonie avec l'instruction exigée

(1) Une décision ministérielle récente vient de transformer la question des baccalauréats. Mais les considérations que nous exposons restent entières puisqu'il faudra toujours que les étudiants en médecine s'inscrivent d'abord (pendant la première année) dans une Faculté des sciences.

des Français; voilà donc les trois quarts des étrangers indûment sacrés étudiants en médecine et, de par l'insuffisance de leurs premières études, à peu près incapables de suivre et de comprendre l'enseignement supérieur, à moins que cet enseignement ne s'abaisse jusqu'à eux.

Sur 163, 19 ont obtenu l'équivalence. Or, l'équivalence, c'est une valeur égale à nos baccalauréats, pour l'inscription à la Faculté de médecine.

Cela, c'est la théorie : la formule serait parfaite, en pratique. elle est souvent faussée et subit de rudes entorses.

« Depuis quelque quinze ans, l'équivalence était accordée avec une très grande facilité, et c'est à cette pratique que nous devons l'accroissement, à Paris, de deux colonies d'étudiants étrangers, et surtout d'étudiants russes. Notre réputation de bienveillance s'était si bien répandue que, vers 1883, on reçut, en quelques jours, plus de cent demandes d'équivalence de jeunes filles russes, qui n'avaient subi, dans leur pays, que des examens d'enseignement primaire. »

(*L'Eclair*, de Paris, du lundi 11 novembre 1895.)

« L'équivalence, nous dit-on dans la *Gazette des Hôpitaux* (du 10 décembre 1895), s'obtient par une pure formalité. Le règlement exige un semblant d'examen devant le Secrétaire de la Faculté des lettres ou de la Faculté des sciences. La plupart du temps même, l'examen n'a pas lieu et, dernièrement encore, un étranger, muni de ses équivalences, se présentait à la Faculté de médecine pour prendre ses inscriptions, ignorant les premiers rudiments de la langue française. On se demande, ajoute judicieusement l'auteur de l'article, comment il avait pu obtenir ses équivalences. »

Le fait est donc indéniable : les trois quarts des étrangers arrivent dans notre pays n'ayant fait que des études incomplètes, — quelques-uns munis de certificats à noms bizarres et de source pas toujours claire, — mais qui, en tout cas, ne sont nullement les équivalents des nôtres.

Et ainsi, pendant de longues années, l'étranger, quelle que fût sa nationalité et son instruction première, était placé pour la suite des études, au même rang que l'étudiant français. Il pouvait être interne, il pouvait exercer la profession médicale, tout comme un Français ; il pouvait s'inscrire pour prendre part au concours ; il bénéficiait des mêmes droits et des mêmes bénéfices que l'étudiant français.

La situation était donc excellente, et on se le disait au delà des frontières : l'affluence fut considérable, la courbe exotique s'éleva dans des proportions qu'on jugea bientôt inquiétantes.

On pensa alors qu'il y avait abus, on pensa que l'équivalence n'était qu'un vain mot et on résolut de la rendre plus difficile à obtenir.

En 1885, le ministre de l'Instruction publique décida qu'à l'avenir un examen supplémentaire pourrait être imposé en France, même aux jeunes gens munis d'un diplôme étranger.

Or, cette barrière n'était pas suffisante. L'examen a lieu pour la forme. Tantôt, c'est le Secrétaire de la Faculté des sciences qui est le seul et unique juge, tantôt le Secrétaire de la Faculté des lettres qui est l'unique dispensateur, suivant la nature du diplôme présenté. Le plus souvent, c'est une conversation rapide ; d'autres fois, un échange de saluts ; parfois même, le jeune étranger répond à l'aide d'un interprète « qui a peut-être de la science pour lui ».

Ceci n'arrêta donc rien. En moins de dix ans, le nombre des étrangers avait triplé. L'afflux continue toujours, toujours plus menaçant.

Le 15 juillet 1895, le ministre décida qu'une commission serait instituée au ministère de l'Instruction publique, commission qui serait chargée d'examiner la valeur des diplômes et qui aurait plein pouvoir pour délivrer les équivalences.

Au commencement du mois de novembre dernier, cette commission a décidé qu'elle n'accorderait de dispense que pour la province, à cause de l'encombrement de la Faculté de Paris. A bref délai, toutes les Facultés de province vont être, elles aussi, envahies par l'élément exotique et devenir de véritables établissements cosmopolites, où les étudiants nationaux ne trouveront de place ni dans les cliniques, ni dans les laboratoires, ni dans les amphithéâtres.

B. — Concours des hôpitaux.

Malheureusement, ce n'est pas le seul grief que nous ayons à invoquer contre d'aussi choquantes inégalités. Une fois inscrits pour le doctorat, les difficultés continuent à s'évanouir devant les étrangers. Non seulement les examens deviennent pour eux d'une invraisemblable facilité, mais encore, placés sur le même pied que nous, quelles que soient leur nationalité et leur instruction première, ils ont les mêmes droits. Les concours d'externat et d'internat des hôpitaux, à de très rares exceptions, leur sont ouverts et bien souvent l'indulgence des juges leur permet des succès trop fréquents. Or, ici se place une question d'un intérêt capital pour tous les étudiants français. Les exigences de la loi militaire, qui veut qu'à vingt-sept ans on fasse deux ans de service, si l'on n'a pris le grade de docteur ou le titre d'interne dans une ville de Faculté, nous mettent une fois de plus en état d'infériorité, car les étrangers, à l'abri, par leur naissance, de l'impôt du sang, comme d'ailleurs de tous les autres, nous enlèvent ainsi les postes qui, sans parler des avantages matériels que l'internat procure, sont non seulement les plus fructueux au point de vue scientifique, mais constituent encore les seuls moyens que nous ayons de poursuivre nos études quelques années de plus. Et qu'on ne nous dise pas qu'il n'y a là qu'une question de priorité scientifique à acquérir et que nous reculons devant le travail. Les règlements qui exigent de nous des garanties sérieuses et nous imposent des limites d'âge, nous opposent des conditions assez difficiles à réaliser pour que nous demandions qu'on en exclue ceux qui n'y sont pas soumis.

Dans les villes où les administrations des hospices nomment leurs internes sans concours, ces faits sont encore plus fréquents; de sorte qu'on voit bien souvent, dans les hôpitaux mixtes, des étrangers internes des salles militaires : comme s'il n'y avait pas assez de médecins français en France pour soigner nos soldats !

C. — Exercice de la médecine en France.

Enfin, pour sanctionner toutes ces faveurs et mettre le comble à tant d'inégalités, la loi Chevandier n'exigeant, pour l'exercice de la médecine en France, que des diplômes pris dans nos Facultés, il en résulte que, une fois docteurs. ces mêmes étrangers restent chez nous et s'y établissent.

Nous nous estimerions heureux si, après être venus étudier sur nos bancs, ils nous laissaient, leurs études finies, le champ libre pour la lutte dans notre patrie. En retournant exercer la médecine dans la leur, ils étendraient au dehors le renom de la science française et propageraient au loin les perfectionnements et les découvertes apportées à la médecine et à la clinique par nos maîtres cliniciens et savants. Mais, hélas ! il n'en est rien. Admis sans études préalables, sérieuses, sans diplômes de valeur égale aux nôtres, ils se refusent au service militaire et se soustraient, en évitant la naturalisation, à toutes les charges du citoyen français. Nombreux sont actuellement les docteurs ou doctoresses russes. grecs, égyptiens, roumains, anglais, allemands, établis en France. Leur nombre va chaque jour grandissant, et nous sommes obligés de leur disputer des situations qui deviennent de plus en plus rares et insuffisantes.

Les journaux de Paris, se faisant l'écho de quelques voix isolées, racontaient ces temps derniers qu'un maire d'une ville de province demandait naguère un docteur français pour exercer la médecine légale, parce que tous les praticiens y étaient étrangers. Ce fait montre, plus que tous les raisonnements, à quel danger menaçant ces abus nous ont conduits. Et, chose triste à constater, les conseils des Facultés ne font rien pour sauvegarder nos droits : aveuglés par le désir de grossir le nombre des étudiants, d'élever les chiffres de statistiques, de multiplier les délivrances de thèses, les doyens autorisent des élèves à s'inscrire, qui devraient être impitoyablement refusés comme n'étant pas dans les conditions exigées pour nous. Et l'on pourrait citer certaine Faculté qui a écrit à l'étranger pour inviter les jeunes gens désireux ou obligés d'émigrer, de venir suivre ses cours; d'autres font une véritable réclame et distribuent aux exotiques des plans et des vues de leurs hôpitaux et de leurs instituts, encartés en d'élégants livrets qu'on refuse d'ailleurs aux nationaux. Ainsi l'enseignement supérieur est abaissé, ravalé au niveau d'un commerce vénal où l'on sacrifie la qualité de la marchandise à sa quantité, comme si la valeur du maître se reconnaît au nombre de ses élèves !

D. — Mesures a prendre

Tel est, rapidement exposé, l'état actuel de la question. Il est impossible de permettre à un tel état de choses de persister et de s'aggraver : tout le monde le sent, si tout le monde ne l'avoue.

Et c'est pour protester contre cette pléthore d'exotiques qui encombre nos Facultés et nos hôpitaux et nous enlève des positions dont nous devrions être les premiers à avoir le bénéfice, puisque seuls nous remplissons les charges de la patrie, que, réunis en assemblée générale, nous avons voté les conclusions suivantes :

I. — Exiger les baccalauréats français des jeunes gens étrangers qui s'inscrivent dans les Facultés des sciences pour poursuivre les études médicales, après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

II. — Exiger la qualité de Français pour se présenter aux concours d'internat des hôpitaux, comme cela a lieu pour les concours dans les Facultés. Les hôpitaux n'étant qu'indirectement sous la dépendance de l'Etat, prier les administrations des hospices de faire remplir les postes d'interne par des élèves français ou naturalisés français.

III. — Délivrer aux étrangers un diplôme de docteur qui ne leur permette pas de s'établir en France, comme cela est pratiqué à l'étranger; ou exiger la naturalisation immédiate de tous les étrangers qui veulent exercer chez nous.

Ces conclusions sont des vœux que nous allons faire valoir, pour essayer d'en obtenir la réalisation. Et pour que ces vœux ne soient pas l'expression isolée d'un groupe d'étudiants, mais au contraire l'écho des revendications générales de tous les médecins français, il faut que vous répondiez à notre appel pour nous unir ensemble dans un effort commun.

Forts de votre solidarité et soutenus par votre appui, nous tâcherons de faire porter un remède au mal déjà bien grand dont nous venons de vous exposer les causes et les effets. « Jamais, à » aucune époque, disait M. le professeur Lannelongue au ban- » quet de l'Union des Syndicats médicaux français, les médecins » n'ont eu le besoin de se sentir les coudes d'une manière aussi » ferme. Il nous faut lutter pour l'existence, lutter pour notre » indépendance, et, qu'on le sache, nous sommes prêts à défen- » dre nos droits avec l'énergie que commande la gravité de la » situation. »

Ces paroles, venues de haut, résument l'état actuel et nous serviront de ligne de conduite.

NOTES POUR L'INTERNAT

APPAREIL LACRYMAL

(Suite et fin.)

Voies lacrymales proprement dites.

Les larmes excrétées par les glandes lacrymales de l'orbite et des paupières s'étalent sur la surface de la conjonctive, en se dirigeant vers l'angle interne de l'œil. A ce niveau se trouve le *lac lacrymal*. Les larmes amassées dans ce lac passent par les *points lacrymaux* dans deux petits *conduits lacrymaux* qui les déversent dans un réservoir ou *sac lacrymal*. A partir de ce diverticule, les larmes parcourent le *canal nasal*, qui les amène dans le méat inférieur.

Lac lacrymal.

Espace triangulaire, à sommet interne circonscrit par la portion dépourvue de cils de chaque bord palpébral ; en dedans est l'angle de réunion des deux paupières qui unit les deux points lacrymaux.

Dans l'aire du lac lacrymal, la *caroncule lacrymale*, formée par des glandes sébacées, des glandes acineuses et quelques fibres musculaires lisses; plus en dehors, le *repli semi-lunaire* de la conjonctive, croissant vertical et à concavité externe, rudiment de la troisième paupière, ou membrane clignotante des oiseaux.

Points lacrymaux.

Petits orifices circulaires, au sommet de deux *tubercules* dits lacrymaux ; un inférieur, un peu plus ouvert (1/3 de millimètre) et un supérieur (1/4 de millimètre). Sur le bord libre de la paupière, à l'union de la portion ciliaire et de la portion lacrymale de ce bord.

Les deux orifices regardent en arrière : le supérieur, en arrière et en bas ; l'inférieur, en arrière et en haut. Ils ne sont pas sur une même ligne verticale ; le supérieur est à 6 millimètres du ligament palpébral interne ; l'inférieur à 6 millimètres et demi de ce ligament. Dans l'occlusion des paupières, les points lacrymaux sont juxtaposés et non superposés.

Ils sont constamment béants, grâce à un anneau de tissu conjonctif serré.

Conduits lacrymaux.

Dans la partie lacrymale du bord libre des paupières, étendus des points lacrymaux au sac lacrymal. Pour chacun, deux portions distinctes :

1° Une portion verticale : en haut pour le supérieur, en has pour l'inférieur, 2 millimètres à 2 millimètres 5;

2° Une portion horizontale, 5 à 7 millimètres de longueur, légèrement oblique en dedans.

Importance de cette coudure des conduits lacrymaux dans le cathétérisme.

Portion verticale : D'abord petit entonnoir dont la base est au point lacrymal ; le sommet est très étroit : 1 dixième de millimètre (*Angusta* de Gerlach, où l'on a décrit la valvule de Bochdaleck). Au delà, le conduit lacrymal s'élargit en ampoule, puis rétrécissement léger du calibre et coude brusque.

Portion horizontale : Régulièrement cylindrique, 1/2 millimètre de diamètre, longée en arrière par les faisceaux du muscle de Horner.

Canal unique : Formé par les deux conduits lacrymaux avant d'arriver au sac lacrymal ; horizontal, 2 à 3 millimètres de longueur, en arrière du ligament palpébral interne.

Abouchement dans le sac lacrymal en dehors et en arrière (Lesshaft).

Sac lacrymal.

Réservoir membraneux sur le côté interne de la base de l'orbite, assimilé au cæcum du gros intestin par Tillaux ; le canal nasal en bas figurerait le côlon ; le tronc commun des conduits lacrymaux, l'intestin grêle ; la valvule de Huschke ou de Rosenmüller, située au point d'abouchement des conduits lacrymaux, rappellerait la valvule de Bauhin.

Cylindre légèrement aplati dans le sens transversal, à grand axe un peu oblique de haut en bas, d'avant en arrière, de dedans en dehors, légèrement courbe à concavité postérieure, 12 millimètres de hauteur, 6 à 7 millimètres dans le sens antéro-postérieur, 4 à 5 millimètres dans le sens transversal.

Repose, par sa paroi postéro-interne, dans la gouttière osseuse lacrymale, constituée par l'unguis et la branche montante du maxillaire supérieur.

Extrémité supérieure : En cul-de-sac ; c'est le fond du sac lacrymal.

Extrémité inférieure : Se continue directement avec le canal nasal.

Face antérieure : Peau de la commissure interne des paupières, tissu cellulaire mince, tendon direct de l'orbiculaire, qui croise le sac lacrymal à l'union du 1/3 et quelquefois du 1/4 supérieur avec les 2/3 inférieurs. C'est cette partie inférieure du sac qui bombe quand il renferme une accumulation de larmes ou de pus. La ponction du sac doit être faite, par conséquent, au-dessous du tendon de l'orbiculaire.

Face postérieure : Tendon réfléchi de l'orbiculaire, doublé du muscle de Horner. — Au-dessus et au-dessous de ce tendon, septum orbitaire qui sépare le sac lacrymal du tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

Face externe : Union du tendon direct et du tendon réfléchi de l'orbiculaire, tronc commun des conduits lacrymaux.

Face interne : Périoste de la gouttière lacrymo-nasale.

Configuration interne du sac lacrymal : Coloration rosée. Ori-

fice circulaire du tronc des conduits lacrymaux. Deux replis muqueux ou valvules de *Huschke* ou de Rosenmüller au point d'abouchement des conduits lacrymaux.

Valvule de *Krause ou de Béraud* à la limite du sac lacrymal et du canal nasal, léger rétrécissement à ce niveau.

Canal nasal.

Du sac lacrymal au méat inférieur des fosses nasales.

Creusé dans la paroi externe des fosses nasales (maxillaire supérieur, unguis, apophyse unguéale du cornet inférieur).

Longueur : 12 à 15 millimètres.

A peu près cylindrique, légèrement aplati de dehors en dedans. Un peu plus large en bas ; 2 millimètres 1/2 à 3 millimètres.

Direction générale : en bas, en arrière et en dedans, ligne partant du milieu de la commissure interne des paupières pour aboutir à la partie antérieure de la première molaire supérieure.

Orifice inférieur du canal nasal : nombreuses variations de situation et de forme, ordinairement à la réunion du quart antérieur du méat avec les trois quarts postérieurs à 30 millimètres environ de l'aile du nez correspondante. Tantôt ouverture au-dessous de ce sommet, sur la paroi externe des fosses nasales.

Forme soit circulaire (si ouverture au sommet du méat), soit ovalaire à grand axe vertical (si l'ouverture a lieu sur la paroi externe des fosses nasales) et même, dans ce cas, simple fente avec une lèvre antérieure et une lèvre postérieure rapprochées, presque juxtaposées. Quelquefois véritable diaphragme, percé à son centre d'un tout petit orifice arrondi.

Configuration interne : Deux replis muqueux : valvule de Taillefer à la portion moyenne du conduit ; valvule de Heiser à l'orifice inférieur (n'existe guère que si le canal nasal s'ouvre sur la paroi externe du méat inférieur). Cette dernière valvule est constituée le plus souvent par un repli muqueux qui prolonge verticalement la muqueuse de la paroi interne du canal nasal. Inconstance de ces valvules, qui, en tous cas, sont souvent rudimentaires.

Structure des voies lacrymales.

Une seule tunique, la *tunique muqueuse.*

Continue en haut avec la conjonctive, en bas avec la membrane pituitaire du cornet inférieur.

Renforcée sur les conduits lacrymaux par le tissu conjonctif du bord des paupières et les faisceaux du muscle de Horner ; sur le sac lacrymal par le périoste orbitaire, dans le canal nasal, par le périoste dont la muqueuse est séparée par du tissu conjonctif.

A. Conduits lacrymaux.

Chorion très riche en fibres élastiques.

Epithélium pavimenteux stratifié. 10 à 12 couches superposées ; les cellules profondes qui reposent directement sur le chorion sont cylindriques ; les cellules moyennes sont sphériques, les superficielles plus ou moins aplaties.

B. Sac lacrymal et Canal nasal.

Chorion très infiltré de tissu lymphoïde.

Epithélium : cellules cylindriques à cils vibratiles comme sur la pituitaire.

Entre les pieds amincis des cellules épithéliales, cellules sphériques, « basales ».

Glandes muqueuses, seulement dans la moitié inférieure du canal nasal (Sappey), dans le sac lacrymal aussi (Naier).

C. Vaisseaux, Artères.

Palpébrale inférieure et nasale de l'ophtalmique.

Veines : veinules peu importantes sur le sac lacrymal ; grosses veines nombreuses sur le canal nasal, communiquant en bas avec les grosses veines de la pituitaire.

Même aspect érectile.

En haut, ces veines sont tributaires de l'ophtalmique et de la faciale.

Nerfs : branches du rameau externe du nasal de l'ophtalmique.

Développement.

A. Des glandes lacrymales.

Par un bourgeon plein né de la couche épithéliale de la conjonctive — au quatrième mois — qui s'enfonce dans le tissu cellulaire sous-conjonctival de la paupière supérieure. Par fonte des cellules centrales de l'acinus, et prolongements diverticulaires, se forment les canaux excréteurs.

B. Du canal nasal.

Par le sillon compris entre le bourgeon nasal externe du bourgeon frontal et le bourgeon maxillaire supérieur du 1er arc branchial ; les bords de ce sillon se recourbent pour s'unir entre eux.

C. Des canalicules lacrymaux.

Par bifurcation du conduit nasal primitif.

Physiologie.

1° Caractères du liquide sécrété.

Sécrétion d'un liquide alcalin, à saveur salée, contenant un peu d'albumine, de mucine, du chlorure de sodium, des phosphates de soude et de chaux, des traces de matières grasses.

2° Sécrétion.

Continue : 6 grammes en 24 heures environ.

Ralentie pendant le sommeil.

Nature *réflexe* de cette sécrétion.

Point de *départ du réflexe* est soit dans une excitation des première et deuxième branches du trijumeau (conjonctive, fosses nasales, etc.), soit dans une excitation rétinienne (lumière), soit dans une influence morale.

Voie *centripète :* trijumeau — quelquefois nerf optique.

Dans certains cas, le réflexe vient du centre même.

Voie *centrifuge :* nerf *lacrymal* de l'ophtalmique de Willis, et aussi filet lacrymal du nerf temporo-malaire du maxillaire supérieur, sympathique cervical — le *facial* pour Goldzieher (Heidelberg, 1893) par l'intermédiaire de ce filet du nerf temporo-malaire.

L'excitation du bout périphérique du nerf lacrymal provoque des larmes abondantes ; sa section est suivie au bout d'un certain temps d'une sécrétion continuelle (sécrétion paralytique) ; le réflexe nasal persiste après cette section.

L'ésérine augmente la sécrétion lacrymale. l'atropine l'empêche.

III. Excrétion des larmes.

Dans le conduit excréteur des glandes, progression par la vis a tergo.

Depuis les culs-de-sac conjonctivaux jusqu'à l'angle interne de l'œil, dans le lac lacrymal, progression des larmes par le jeu des paupières (clignement) et aussi la pesanteur, probablement la capillarité (Panas).

Passage des larmes dans les voies lacrymales proprement dites diversement interprété. Deux grandes théories :

1° *Siphon.* — J.-L. Petit. La branche horizontale était représentée par les canaux lacrymaux, la branche verticale par le canal nasal.

2° *Aspiration.* — Richet. Dilatation du sac lacrymal et vide dans les voies lacrymales par suite des contractions de l'orbiculaire dans le clignement. Rôle de la valvule de Hasner de l'orifice inférieur du canal nasal.

Actuellement on admet une théorie mixte :

La *capillarité,* l'*action du muscle de Horner* et l'*action du courant aérien dans les fosses nasales* sont successivement invoquées (Panas).

IV. Role physiologique des larmes.

Humecter la cornée pour lui conserver sa transparence.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 3 18 Janvier 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

A NOS ABONNÉS

Le prix de l'abonnement annuel à la *Gazette Médicale* sera dorénavant de *cinq francs* pour la France et de *sept francs* pour l'étranger.

Nous enverrons à ceux de nos lecteurs qui nous ont déjà adressé le montant de leur abonnement la différence à laquelle ils ont droit.

Si nous commettons quelque oubli, nous demandons aux intéressés de ne pas hésiter à nous le signaler.

LA DIRECTION.

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. EMERY, interne du service.

L'herpès est une dermatose aiguë vésiculeuse, se produisant en bouquet sur une région circonscrite, et évoluant d'une façon cyclique, rapide et bénigne.

Cette définition, qui est loin d'être parfaite, aura du moins l'avantage de donner d'emblée une idée générale de ce qu'est l'herpès. Elle le montre dans ses attributs essentiels, constitutifs, à savoir ceux :

D'une affection cutanée d'un type bien défini comme lésion : le type vésiculeux ;

D'une affection toute locale, occupant un département restreint de la peau sous la forme d'une réunion de vésicules groupées en bouquet ;

D'une affection aiguë, transitoire et de courte durée ;

Finalement, d'une affection bénigne.

De ces quelques mots, on pourrait conclure, qu'au total, l'herpès est une maladie minime, et sans importance clinique véritable.

Il n'en est rien cependant. Sans doute, l'herpès, en tant que lésion, ne constitue qu'une affection dépourvue de toute gravité, mais elle n'en est pas moins pour cela une affection des plus importantes et des plus intéressantes, de celles qui doivent être connues de tout praticien, et cela pour de multiples raisons ;

1° En raison, tout d'abord, de la fréquence excessive de cette petite lésion. L'herpès, en effet, se rencontre à chaque instant dans la pratique, surtout dans la clientèle de ville.

2° En raison de la multiplicité de ses sièges. Nous le verrons, en effet, affecter les localisations les plus diverses, soit sur l'enveloppe cutanée, soit sur les diverses muqueuses.

3° En raison de la multiplicité des formes qu'il revêt.

4° En raison de ses récidives fréquentes sur le même sujet ; récidives, allant parfois jusqu'à constituer une véritable infirmité, sans gravité réelle, il est vrai, mais aussi singulièrement importune et vexatoire.

5° En raison surtout des erreurs de diagnostic auxquelles il expose. Je pourrai, d'un mot, confirmer cette vérité en rappelant qu'une des difficultés majeures de la syphiliographie réside dans le diagnostic différentiel de l'herpès et du chancre syphilitique naissant. C'est là, je puis l'affirmer, la véritable pierre d'achoppement des médecins les plus exercés.

Est-ce assez dire qu'à ces divers titres, l'herpès mérite une étude attentive et minutieuse ? Certes, je ne crois pas trop m'engager en promettant que cette étude va nous fournir, chemin faisant, toute une série de particularités curieuses, et du plus grand intérêt à connaître pour la pratique de chaque jour.

Sa fréquence ne peut être qualifiée que d'excessive.

Il est bien peu de sujets, hommes ou femmes, qui n'aient été affectés d'herpès au moins une fois dans leur vie.

Beaucoup ont été affectés plusieurs fois. C'est une affection que l'on rencontre à chaque pas dans la pratique, et bien plus encore dans la pratique de ville qu'à l'hôpital, dont la clientèle a peu de souci d'une affection en général aussi légère.

Quel est son siège ?

Ici, il y a deux propositions essentielles à bien établir :

1° L'herpès est tout à la fois une affection de la peau et plus souvent encore une affection du tégument muqueux.

On le rencontre très fréquemment sur les muqueuses extérieures ou accessibles à la vue : muqueuse buccale pharyngée, muqueuses génitales des deux sexes, vulvaire urétrale, muqueuse anale, conjonctive, pituitaire, etc.

Peut-être les muqueuses internes en sont-elles affectées également? Nous manquons de renseignements précis à ce sujet.

2° L'herpès est susceptible de localisations extrêmement variées, mais de toutes celles qu'il affecte il en est deux infiniment plus fréquentes que toutes les autres réunies; à savoir : d'abord les lèvres buccales, et particulièrement la lèvre inférieure, puis les organes génitaux dans les deux sexes, mais plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

Herpès labial, herpès génital, voilà sans contredit les deux localisations par excellence de cette affection.

En dehors de ces deux sièges de prédilection, l'herpès affecte encore des sièges très variés.

S'agit-il de l'herpès cutané, nous le rencontrons avec une grande fréquence sur les diverses régions de la face, notamment : au pourtour des narines, sur les paupières, les joues, le front, le pavillon de l'oreille (face postérieure), etc., etc.

Beaucoup plus rare sur le cou, il devient tout à fait exceptionnel sur les membres et le tronc.

S'agit-il de l'herpès muqueux, nous le trouvons communément dans la cavité buccale et spécialement sur le bout de la langue. Il est plus rare sur les joues, les gencives et le palais.

Au niveau de l'isthme du palais, où il se produit souvent sous la forme d'une éruption confluente, il constitue une angine spéciale décrite par Bretonneau et Trousseau sous le nom d'angine couenneuse commune et par Gubler sous celui d'herpès guttural, d'angine herpétique.

Très fréquent dans la bouche, l'herpès, au contraire, devient rare sur les autres muqueuses, telles que les pituitaires, les conjonctives, les muqueuses du conduit auditif externe, etc.

Quelle est la caractéristique du genre hespès en dermatologie?

Rien n'est plus simple que la modalité éruptive de cette affection.

Ce n'est pas à dire pour cela que l'on n'ait trouvé moyen de compliquer la question en la surchargeant de descriptions méticuleuses, en multipliant à l'infini les prétendues formes de l'herpès. On a décrit des variétés aussi multiples que peu légitimes, mais ces minuties nosologiques sont d'un autre âge, et c'est une description simple qui convient le mieux à une affection dont la clinique nous présente une symptomatologie simple.

L'herpès cutané pris comme type a une évolution qui se divise naturellement en quatre étapes ou stades chronologiques.

Premier stade. — Plaque congestive initiale.

Sur un point circonscrit des téguments apparaît une petite tache rosée ou rougeâtre témoignant d'un travail inflammatoire local, tache franchement congestive, très légèrement saillante. Elle est soit arrondie, soit ovalaire, quelquefois ses contours sont irréguliers. Ses dimensions, plutôt restreintes, varient entre 4 à 5 millimètres et 1 centimètre, rarement elle est plus étendue, et atteint les dimensions d'une pièce de 1 fr., de 2 fr. et même de 5 fr.

Cette congestion érythémateuse du tégument cutané compose le premier stade de l'éruption.

Deuxième stade. — Vésiculation.

Bientôt sur cette tache se dessinent çà et là de légères saillies opalines, comme si l'épiderme était détaché du derme par une exhalation séreuse.

C'est en effet ce qui a lieu ; ces petites granulations croissent rapidement et deviennent bientôt autant de vésicules, c'est-à-dire de petites ampoules épidermiques distendues par de la sérosité.

Si l'on vient à piquer l'une de ces ampoules avec la pointe d'une aiguille, nous la verrons s'affaisser, se recroqueviller sur elle-même, à la façon d'un ballon crevé, pendant qu'il en sort une gouttelette d'un liquide transparent et aqueux.

Ces granulations sont donc bien des vésicules dans le sens dermatologique du mot.

Si nous analysons ces éléments d'une façon plus détaillée nous verrons que ces vésicules herpétiques sont parfaitement circulaires de base et hémisphériques de relief. Elles ont à l'origine une couleur opaline, grisâtre, presque argentée, semi-transparente, mais bientôt elles deviennent opaques, blanchâtres, d'un blanc sale, ce qui tient à ce que le contenu liquide, limpide au début de l'éruption, se trouble et devient louche par la suite.

Comme volume, elles peuvent être comparées le plus souvent à une petite tête d'épingle. Quand elles sont plus grosses, elles prennent le volume d'un grain de millet, de chènevis, parfois même d'un petit pois.

Elles constituent alors plus que des vésicules, de véritables petits phlyctènes, et l'éruption qu'elles composent est dite : herpès phlycténode, herpès à grosses vésicules.

On a voulu faire de cet herpès phlycténode une variété à part, voire même une espèce particulière.

Rien n'est moins légitime. D'abord, ces grosses vésicules de l'herpès phlycténode proviennent parfois de la fusion de deux ou trois petites vésicules voisines. De plus, et cela même n'est pas rare, on trouve souvent, sur une même plaque érythémateuse, des vésicules de dimensions les plus différentes. Enfin, l'herpès phlycténode se produit identiquement dans les mêmes conditions et sous les mêmes influences que l'herpès à vésicules petites ou moyennes.

Le nombre des vésicules de l'herpès est variable. En général, on en trouve de 6 à 10 sur une même plaque érythémateuse, quelquefois moins. Il est exceptionnel de n'en rencontrer qu'une seule. Quelquefois, elles sont beaucoup plus nombreuses et on peut en compter 15, 20, 30, quand la nappe érythémateuse dépasse les dimensions ordinaires.

Comme distribution réciproque, ces vésicules, rassemblées sur un petit espace, sont nécessairement voisines les unes des autres ; on les dit alors groupées en bouquet. C'est là l'herpès groupé ou agminé.

Il est à noter un dernier détail intéressant à relever par opposition avec d'autres formes, c'est que ces vésicules sont distribuées sans ordre, sans méthode, au hasard pour ainsi dire, sur leur assise érythémateuse. Elles n'affectent

pas de coordination particulière les unes par rapport aux autres, et notamment pas de coordination cerclée.

Troisième stade. — Dessication croûteuse.

A la période vésiculaire, succède, après un certain temps, la période de dessication croûteuse, c'est-à-dire que les vésicules se flétrissent et s'affaissent, le liquide se concrète et de petites croûtelles décèlent leur ancienne place.

Ces croûtelles, d'étendue proportionnelle à la base de chaque vésicule, sont de couleur jaune brun, quelquefois brun foncé; elles sont minces, lamelleuses, plates et fortement adhérentes. Lorsque les vésicules sont confluentes, les croûtelles auxquelles elles donnent lieu se touchent et se confondent par leurs circonférences contiguës. Il peut se faire, lorsqu'elles sont nombreuses et rapprochées, qu'une croûte unique recouvre la tache érythémateuse initiale.

Quatrième stade. — Maculature terminale.

Enfin, ces croûtes, après être restées plusieurs jours sans modifications apparentes, commencent à s'ébranler, à se détacher par leurs bords, à devenir moins adhérentes. Elles tombent spontanément et laissent alors à découvert une surface d'un rouge brun qui desquame très légèrement pendant quelques jours. C'est là ce qu'on appelle la macule terminale.

Cette macule s'atténue bientôt comme coloration, le tégument cutané reprend graduellement sa teinte normale et tout rentre dans l'ordre.

L'éruption herpétique disparaît ainsi sans laisser de cicatrices, sans laisser le moindre vestige, le moindre stigmate. Ce n'est qu'exceptionnellement, dans les cas où les croûtes ont été tourmentées, arrachées à plusieurs reprises par le malade, qu'une cicatricule toute superficielle demeure apparente.

Tel est l'herpès-type comme modalité éruptive; éruption se composant de quatre stades successifs nettement distincts. Cette évolution constitue l'herpès à l'état d'affection cyclique, c'est-à-dire d'affection à cours défini. Destinée à parcourir obligatoirement un certain nombre de périodes, elle est non moins obligatoirement destinée à disparaître dans un temps donné. Il en est, à ce point de vue, de l'éruption herpétique comme de l'éruption vaccinale, variolique, scarlatineuse, qui ne durent qu'un temps, et sont appelées à disparaître après une évolution déterminée.

L'herpès diffère en cela de beaucoup d'autres dermatoses qui, une fois nées, n'ont plus d'évolution fixe, comme l'eczéma, le psoriasis, le lupus, et dont il est impossible de prévoir la durée.

En un mot, l'herpès, ou pour mieux dire, l'éruption herpétique est une lésion cyclique, à cours déterminé, à terminaison nécessaire, à durée contenue dans des limites seulement sujettes à d'insignifiantes variétés.

Cette durée, quelle est-elle donc?

Les divers stades qui composent l'évolution de l'herpès ne sont pas égaux entre eux.

Le premier (stade d'érythème initial) est toujours plus court, il ne dépasse guère 12 à 18 heures.

Le deuxième (vésiculation) peut être évalué à 4 ou 6 jours.

Le troisième (stade des croûtes) est le plus long. Il ne s'abaisse guère au-dessous de 5, 6, 8 ou 10 jours.

La durée totale de cette affection, en faisant abstraction de la dernière période, qui n'est plus à proprement parler un stade morbide, mais un stade post-éruptif, est donc en moyenne de 9 à 15 jours environ.

(*A suivre.*)

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE

Corps étranger de la trachée chez un enfant de dix-huit mois. Trachéotomie. Guérison (1).

Par MM. Octave Pasteau et J. Vanverts, internes des hôpitaux.

C... André, âgé de 18 mois, nous est amené à l'hôpital Cochin, le 8 novembre 1895, à deux heures et demie de l'après-midi.

Cet enfant, jusque-là bien portant, était, depuis dix minutes, en proie à une gêne intense de la respiration, la face était cyanosée, les yeux anxieux, l'inspiration sifflante: il y avait du tirage sus- et sous-sternal. La mère ne pouvait donner aucun renseignement précis.

L'enfant est porté immédiatement à la salle d'opération et là on constate que la respiration devient plus facile dès que le petit malade est étendu sur le dos dans l'immobilité la plus complète; il respire plus doucement et la face se décongestionne. On le laisse ainsi se reposer un instant et, ensuite, le toucher pharyngien n'ayant permis de rien constater d'anormal, ce qui était à prévoir, vu la marche des accidents, on asseoit l'enfant pour l'ausculter; la gêne respiratoire reparaît aussitôt avec la même intensité que précédemment. L'auscultation permet de constater un sifflement inspiratoire très net; et, remarque importante, l'expiration se termine brusquement par un bruit sec, sourd, bien frappé; il semble qu'un corps étranger ait pénétré dans la trachée où il serait mobile et d'où il pourrait, dans l'expiration, venir obturer brusquement la glotte. A un moment même, on est forcé, pour rétablir la respiration, de prendre l'enfant à pleines mains et de lui frapper brusquement de haut en bas les fesses sur la table d'opération. Cette petite manœuvre, pour être originale, n'en est pas moins suivie d'un succès complet.

Pendant ce temps, nous avions pu nous procurer une canule à trachéotomie. L'opération fut pratiquée aussitôt avec toutes les précautions possibles de l'antisepsie la plus rigoureuse: nous insistons sur ce point.

Au moment de l'opération, le corps étranger était situé au-dessus de l'orifice trachéal. On avait, en effet, suspendu l'enfant par les pieds en lui imprimant des secousses brusques pour voir si le corps étranger, dont on ne connaissait ni la forme, ni le volume, pourrait sortir de lui-même par les voies aériennes supérieures, par le seul fait de la pesanteur et des efforts de l'enfant; mais, par cette manœuvre, le corps étranger était venu se loger entre les lèvres de la glotte qu'il obturait complètement. Après l'incision de la trachée, il ne sortit donc pas et on plaça une canule pour permettre à l'enfant de reprendre vie.

Quelques instants après la canule fut retirée. L'enfant assis, on répéta la manœuvre dont nous avons parlé pour faire redescendre le corps étranger dans le conduit aérien,

(1) Communication faite à la Société anatomique, 17 janvier 1896.

au-dessous de l'orifice trachéal; l'inspiration aidant il redescendit, et à la première expiration il vint se montrer au niveau de la plaie où on le saisit; c'était un gros pépin de citron.

La respiration redevint dès lors fort calme. Quelle conduite devait-on tenir au point de vue de la plaie trachéale qui venait d'être faite?

L'opération avait été faite aseptiquement, nous l'avons dit; il s'agissait en outre d'une plaie petite, d'une « plaie idéale », si nous osons nous exprimer ainsi; on essaya donc une suture complète. Deux points de fin catgut furent passés dans le périchondre de la trachée: deux autres profonds sur les parties sus-jacentes, et la peau fut réunie complètement avec des crins de Florence. On avait, pour faire cette suture, donné du chloroforme à l'enfant; à la fin de l'opération il vomit des matières alimentaires par deux fois.

Porté dans son lit, il s'endormit aussitôt.

Le lendemain, la température s'éleva successivement à 39° et à 40°4 le soir. Le pouls était à 160; il y avait 70 respirations par minute. Les poumons étaient sains. La suture avait bon aspect, il y avait un très léger degré d'emphysème localisé à la région de la plaie; mais la palpation était douloureuse. Les deux plans de suture superficiels furent enlevés, les deux lèvres de la plaie désunies jusqu'à la trachée exclusivement; il s'échappa quelques gouttes de liquide séro-purulent. Quant à la réunion trachéale, elle était parfaite. La plaie fut drainée et recouverte d'un pansement humide.

En raison de l'élévation de la température, on institua le traitement par le drap mouillé à 18°, changé toutes les deux heures.

La température diminua peu à peu jusqu'à 37°9 le soir du 10 novembre. Les enveloppements humides généraux furent alors supprimés.

Le lendemain soir, l'enfant était pris d'un fort accès de suffocation avec tirage intense. On enleva les points de suture de la plaie trachéale pour replacer la canule.

Le 12 novembre il existait des signes non douteux de bronchopneumonie. La température était de 39°, le pouls battait 140, il y avait 80 respirations par minute.

Le 13 novembre, pour permettre le décanulement, qui, jusque-là, avait été tenté sans succès, on essaya l'intubation du larynx; mais, en raison de l'existence d'un œdème des replis aryténo-épiglottiques, on ne put introduire qu'un tube de faible calibre, et la canule trachéale dut être replacée. En même temps, les symptômes pulmonaires augmentèrent de nouveau d'intensité. On reprit les enveloppements humides généraux.

Le 18 novembre, la température était de 39°5; il y avait 75 respirations par minute. On tenta inutilement de décanuler l'enfant. C'est alors que pour permettre de continuer l'injection biquotidienne d'huile mentholée à 1/10° dans la trachée, pour faciliter l'expulsion du muco-pus par la plaie trachéale et pour habituer, d'autre part, l'enfant à respirer par son larynx, on remplaça la canule par une canule perforée à sa face convexe. On put alors laisser en place cette « *canule à double effet* » en obstruant son orifice extérieur et en ne l'ouvrant que de temps en temps pour permettre l'issue au debors des sécrétions trachéo-pulmonaires.

L'enfant s'habituant ainsi à respirer par son larynx, on put supprimer la nouvelle canule le soir du 20 novembre, après un essai infructueux fait la veille pendant quelques heures.

Le 24 novembre, la cavité de la trachée ne communiquait plus avec l'extérieur. Dès lors, la cicatrisation se poursuivit sans autre incident et l'enfant sortit guéri le 2 décembre.

Cette observation nous a paru présenter quelques points qui méritent d'être signalés :

A. Au point de vue clinique :

1° La possibilité constatée par deux fois de faire redescendre dans la trachée un corps obstruant la glotte par sa face inférieure, en imprimant au petit malade les secousses violentes et brusques de haut en bas:

2° L'état relativement bon de la respiration dans la position couchée et l'immobilité la plus complète.

B. Au point de vue opératoire. — Notre observation montre une fois de plus qu'on doit toujours être prêt à pratiquer une trachéotomie immédiate dès qu'on essaie de provoquer l'expulsion d'un corps étranger de la trachée par les voies aériennes supérieures.

En second lieu, la suture de la trachée, vu les circonstances de propreté rigoureuse qui avait présidé à l'opération, pouvait être tentée. Il existe, en effet, des exemples bien constatés de guérison prompte dans ce cas; Krasnobaeff (1) en rapportait encore récemment huit observations à la Société de Chirurgie de Moscou. Sans vouloir discuter ce point sur lequel nous avons fait depuis des recherches que nous nous proposons de publier ultérieurement, nous ferons remarquer que la plaie s'est infectée rapidement par sa face profonde et qu'il a fallu désunir promptement les parties molles.

C. Au point de vue du traitement des complications pulmonaires post-opératoires. — Nous signalerons les résultats merveilleux qu'ont fournis une fois de plus les enveloppements humides généraux dont nous avons pu fréquemment d'ailleurs constater la valeur dans les services de l'hôpital Trousseau.

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Voici la lettre que nous adresse, au sujet de la question des étudiants étrangers et en réponse à notre dernier article, le Dr Léon Audain, d'Haïti :

Paris, le 12 janvier 1896.

Monsieur le Dr P. Sebileau, chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.

Mon cher collègue et ami,

J'aurais voulu, comme étranger, me tenir éloigné du débat qui s'est élevé au sujet des étudiants étrangers, mais je crois réunir toutes les conditions requises pour une impartiale intervention : 1° *Haïtien*, j'ai fait toutes mes études à Paris et ai subi mes baccalauréats ès lettres et ès sciences restreint ; 2° reçu *docteur*, j'ai quitté la France pour m'établir et exercer dans mon pays. Je ne tombe donc en aucune façon sous le coup de la protestation de

(1) Krasnobaeff : Suture de la trachée après la trachéotomie; *Soc. Chir. Moscou*, mars 1894 et *Gaz. Hôp.*, 18 juin 1895, p. 696.

MM. les Etudiants français et ils ne sauraient avoir contre moi aucun grief..... Les étudiants haïtiens sont nombreux à Paris. Ils y sont nombreux parce que la Faculté de Paris a dans notre pays un très grand renom ; ils y sont nombreux parce qu'Haïti a conservé, avec une vive sympathie pour la France, la langue, les mœurs et les coutumes françaises. Ces jeunes gens, pour la plupart travailleurs, comme vous l'avez vous-même reconnu dans votre belle lettre de la *Gazette Médicale de Paris*, après avoir passé leur thèse, retournent *tous*, comme moi, dans leur pays, « étendant » au dehors le renom de la science française et propageant » au loin les perfectionnements et les découvertes apportées à la médecine et à la clinique par nos maîtres cliniciens et savants ».

Les étudiants haïtiens ne causent donc aucun dommage matériel à leurs confrères français, et, je le constate avec plaisir, ils n'ont point été directement incriminés par MM. les Etudiants.

La plupart de mes compatriotes qui viennent faire en France leurs études médicales n'ont pas leur baccalauréat. Peut-on leur en faire un crime ? — Ce titre n'existe pas chez nous. Il n'en est pas moins vrai que la plupart d'entre eux ont fait des études sérieuses. Il ne faut pas oublier que plusieurs des professeurs du Lycée national de Port-au-Prince sont d'anciens élèves de l'*Ecole normale supérieure de Paris*. Je ne vous en citerai que deux pour mémoire : M. Villain, censeur du Lycée national, et M. Moll, professeur de rhétorique de ce même lycée. Nous avons, sans compter quelques établissements particuliers de premier ordre, le petit séminaire Saint-Martial *subventionné par l'Etat* et dirigé par des Pères... français.

Aussi ai-je le droit, comme vous, mon cher Sebileau, de trouver trop rudes les mesures proposées par MM. les Etudiants de la Faculté de Montpellier.

Pourquoi refuser à ces jeunes Haïtiens les bénéfices des équivalences ? Pourquoi les obliger à perdre une ou deux années dans la préparation des baccalauréats qu'on s'empresse d'oublier, sitôt qu'ils sont passés ? Comme vous le dites, ils ne viendraient plus dans ces conditions dans les facultés françaises et, à mon avis, ce serait la Belgique qui profiterait de cette situation.

Pour ce qui est de la défense de la France contre l'invasion de ceux qu'on n'est pas loin d'appeler les *Barbares*, je suis absolument de votre avis.

C'est parce que je ne me sentais pas le droit de faire concurrence aux médecins français, c'est parce que je sentais qu'il est bon que chacun travaille chez soi, toutes les fois que les circonstances ne l'obligent pas absolument à faire autrement, que, pour rien au monde, je n'eusse consenti à rester à Paris où la vie pourtant est si agréable !... Laissez donc les étrangers faire leurs études médicales à Paris, mais faites-leur signer au début de leurs études l'engagement d'honneur de ne point s'établir sur le territoire français. Il serait injuste et par trop brutal de vouloir priver toute une catégorie très intéressante de jeunes gens des bienfaits de l'instruction médicale française. Et il est de plus à craindre que, lancé sur cette pente, on n'aille beaucoup plus loin et qu'un jour l'*Officiel* n'enregistre le décret suivant, radical autant que laconique : « Aucun étranger n'a le droit de s'instruire en France. »

Mon cher Sebileau, les Français et même les autres, quelle que soit leur profession : médecine, commerce, etc., etc., sont toujours reçus chez nous les bras ouverts. Nous sommes pourtant loin d'avoir votre universel renom d'hospitalité ! Et, je puis le dire sans crainte d'être démenti, la France, en Haïti, est souvent mieux défendue par les Haïtiens élevés en France que par les Français eux-mêmes, dont la zone d'influence est forcément plus restreinte.

Depuis quelques années, à notre grand regret, Haïti est envahi par une foule toujours croissante d'Allemands. Pourquoi, malgré leurs efforts, malgré leurs qualités même qu'il faut reconnaître, n'arrivent-ils pas à supplanter entièrement les Français ? C'est moins parce que ceux-ci déploient dans la lutte une mâle énergie que parce que ceux des Haïtiens qui ont été façonnés par les Français, les aiment, partant les recherchent et les favorisent dans leur commerce et leur industrie au détriment de leurs concurrents allemands..... S'il m'était permis de formuler ici un vœu, je demanderais que la Commission de l'Instruction publique rapportât dans le plus bref délai possible cette épouvantable mesure qu'elle a prise contre les étudiants étrangers bannis déjà de la Faculté de Paris et déjà pourchassés dans la province ; elle est antilibérale et antifrançaise.

Je demanderais qu'on continuât à donner aux étrangers des équivalences et qu'on continuât à les recevoir avec la même hospitalité dans vos hôpitaux.

Je demanderais aussi l'interdiction pour les étrangers d'exercer la médecine... et tout autre métier même, si l'on veut, en France et dans les colonies françaises, *sans même admettre la réciprocité de cette mesure*. La France ne serat-elle pas toujours l'enfant gâté de l'univers ? Ce serait, je crois, le meilleur ou du moins le plus juste moyen de contenter tout le monde et son père... à l'exception des médecins étrangers qui voudraient s'établir en France.

Bien cordialement à vous, mon cher ami.

Dr Léon Audain, d'Haïti,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, membre du jury médical central de la République d'Haïti, c'est-à-dire un des trois médecins chargés d'examiner les *confrères étrangers* désireux d'exercer en Haïti et qui ne les en empêchera pas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier. — Présidence de M. Théophile Anger.

Sur l'étiologie et le traitement des abcès du foie.

M. Ricard donne lecture d'un rapport sur six cas d'abcès du foie observés et traités par M. Walther.

Le premier point sur lequel les observations présentées par M. Walther attirent notre attention concerne l'étiologie des abcès du foie. Deux fois, M. Walther n'a pas trouvé la cause de ces abcès; trois fois, ces abcès ont été consécutifs à la dysenterie; une fois, enfin, l'abcès hépatique n'a été que la localisation d'une infection générale causée par le streptocoque. J'insiste sur ce dernier fait. Des cas semblables sont remarquables par leur rareté et je rappellerai, à ce sujet, une observation personnelle dans laquelle un abcès du foie fut consécutif à un antbrax volumineux du cuir chevelu déterminé par le staphylocoque. De ces faits, l'enseignement à tirer est que nous devons intervenir le plus

vite possible toutes les fois que nous sommes placés devant de telles infections dont la virulence est extrême et peut causer les plus graves accidents.

Dans les trois observations où la dysenterie a été l'origine des abcès hépatiques, une fois, on n'a pas fait l'examen bactériologique du pus, une fois, l'examen bactériologique a démontré la présence de staphylocoques et de streptocoques, une fois, l'examen du pus a été négatif.

Ce dernier fait me conduit à parler de la stérilité du pus des abcès du foie. Depuis 1890, où notre collègue, M. Peyrot, a mis en lumière cette caractéristique du pus hépatique, de nombreux faits semblables ont été publiés. Récemment encore, ont paru deux thèses et un travail critique de M. Longuet sur ce sujet. Netter, Laveran, Virchow ont écrit que cette stérilité était la règle. M. Peyrot, d'autre part, a émis, sur ce point, quelques réserves. Il n'est pas de ma compétence de discuter ici ce fait bactériologique. Néanmoins, après les lectures que j'ai faites, je me permets de dire, avec M. Longuet, que le pus des abcès du foie est *fréquemment* et non *toujours* stérile.

D'autre part, les abcès du foie des pays chauds ne semblent pas avoir le monopole de cette stérilité. Il paraît, au contraire, évident que le pus de tous les organes jouit de cette stérilité quand il est de vieille formation ou qu'il a subi une évolution lente.

L'observation de M. Walther, où l'examen du pus est resté négatif, vient à l'appui de mon dire. Dans cette observation, en effet, l'infection remontait à cinq années et il y avait sept mois que les premières douleurs hépatiques avaient été ressenties quand le malade fut opéré. Il s'agissait donc bien là d'une dysenterie ancienne avec localisation hépatique, ayant évolué lentement.

Le second point sur lequel je veux insister dans mon rapport a trait au siège de ces abcès du foie et au mode d'intervention adopté par M. Walther. Trois fois, les abcès siégeaient manifestement sur la face convexe du foie et M. Walther les a traités par la voie transpleurale. Sur ces trois opérations, deux fois la plèvre adhérait au diaphragme, une fois il n'y avait pas d'adhérence pleurale. Je m'empresse d'approuver la voie transpleurale, ou méthode d'Israël suivie par M. Walther, méthode à laquelle MM. Terrier, Segond et quelques autres de nos collègues nous ont dit ici devoir les meilleurs résultats. Je la trouve incomparablement préférable à l'incision de l'abcès hépatique en un seul temps.

Trois fois, les abcès du foie opérés par M. Walther siégeaient sur la face antérieure du viscère et M. Walther a procédé par laparotomie, protégeant le péritoine par des sutures lorsqu'il n'existait pas d'adhérences. Une fois, cependant, M. Walther, devant l'absence d'adhérences péritonéales, a vidé la poche hépatique avec un troquart, et, par ce même troquart, lavé la cavité purulente. Notre collègue recommande, à juste titre, ce procédé opératoire qui permet d'éviter bien des complications graves et je partage entièrement son avis.

J'en viens, en terminant, aux résultats obtenus par M. Walther. Deux de ses malades sont morts. Mais cet insuccès a été dû, uniquement, au retard apporté dans l'intervention chez deux malades gravement infectés, et il ne faut en incriminer ni la méthode opératoire suivie ni l'opérateur. Dans les quatre autres cas, M. Walther a obtenu quatre guérisons radicales et même rapides sauf un cas de fistule qui dura trois mois pour l'élimination des fils profonds.

Au total, les trois points suivants se dégagent des observations de M. Walther :

a) Le pus des abcès du foie présente une stérilité fréquente mais non absolue;

b) Il faut aborder ces abcès par la méthode d'Israel s'ils sont postérieurs, par la laparotomie s'ils sont antérieurs ;

c) C'est un procédé heureux de vider préalablement la poche et de la laver avec un trocart, quand il n'y a pas d'adhérences péritonéales.

M. Routier. — J'ai fait récemment une opération semblable à celle de Walther.

Un malade ayant eu la dysenterie au Tonkin, il y a sept ou huit ans, fut également soigné dans cette colonie pour congestion hépatique. Puis, il rentra en France, et, à peine rentré, fut de nouveau soigné pour la même congestion. Finalement, une saison à Vichy sembla le guérir complètement, si bien qu'il continua son métier de relieur et fit fréquemment des excès sans être nullement incommodé. Cela dura cinq ans. Il y a deux ans, il fut soigné par M. Marchand, à l'hôpital Saint-Antoine, pour gros foie. Deux mois après son entrée à l'hôpital, son foie était redevenu d'un volume normal. Il y a six mois, enfin, il se mit à tousser, devint essoufflé et le malade entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rendu, comme phtisique au troisième degré. M. Rendu n'eut pas de peine à reconnaître que ce malade portait une collection hépatique. Il fit une ponction aseptique dans le foie et retira du pus dont l'examen démontra la stérilité. Cependant, ce malade continuait d'être fébricitant et M. Rendu m'a demandé de l'opérer. J'ai donc fait, à l'endroit le plus saillant de la tuméfaction causée par cet abcès sur la paroi thoracique, au niveau d'un espace intercostal très dilaté, une incision qui m'a permis de retirer plus d'un litre de pus dont on a, de nouveau, constaté la stérilité. Aujourd'hui, mon malade va bien et son état général est très amélioré.

Voilà donc un malade qui, comme ceux de M. Walther, a eu une dysenterie ancienne, et chez lequel s'est tardivement développé un abcès du foie dont l'évolution a été lente.

Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.

M. Picqué lit un rapport sur trois cas de grossesse extra-utérine présentés à la Société par M. Potherat. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme chez laquelle le symptôme dominant consistait dans des métrorrhagies répétées. M. Potherat fit l'hystérectomie vaginale et trouva une grossesse de la corne utérine. Dans le second cas, les douleurs dominaient la scène. L'auteur a pensé à une hématocèle due à la rupture d'une grossesse tubaire. Il est intervenu par la voie vaginale et a trouvé une poche remplie de caillots. Il a pu, dit-il, examiner les annexes au milieu de ce magma sanguin. Je fais des réserves sur la facilité de cet examen et j'estime, au contraire, d'après des observations personnelles, que cet examen des annexes est impossible, en pareil cas. Chez la troisième malade, enfin, qui se présentait avec des phénomènes de péritonisme grave, M. Potherat a trouvé un fœtus par l'examen clinique. Intervention déclarée urgente, mais différée pendant quinze jours à cause de l'enfant. Finalement, laparotomie médiane, extirpation rapide du fœtus, marsupialisation de la poche. Il y a dans l'observation un détail que je tiens à relever. L'opération a laissé le placenta en place. La malade a présenté, pendant quelques jours des phénomènes de septicémie. Elle a néanmoins parfaitement guéri.

Ces trois observations, qui font honneur à leur auteur, m'obligent à exprimer quelques opinions personnelles sur la question. Tout le monde sait que, quelque fréquente qu'elle soit, la grossesse extra-utérine exige une intervention opératoire entourée des plus grandes difficultés. Mais je crois que pour définir, d'une façon nette, l'intervention qu'il convient de faire, dans de semblables cas, il faut d'abord définir ce genre d'affection ou bien s'entendre sur la terminologie. Or, si l'anatomie pathologique nous a montré depuis longtemps que l'hématocèle dérivait de la grossesse extra-utérine, grossesse extra-utérine et hématocèle ne sont cependant pas, au point de vue opératoire, deux affections semblables ; le même traitement n'est pas applicable à ces deux états pathologiques. Si j'insiste, enfin, sur cette question de nosographie, c'est qu'il me paraît que l'on a fait des abus étranges et des confusions nombreuses à ce sujet. Je crois donc

que pour définir le traitement de la grossesse extra-utérine, il faut en séparer d'abord, et l'hématocèle et les kystes fœtaux. Tels seraient à éliminer les cas présentés par M. Potherat, sauf le dernier.

Cette question de terminologie ayant été précisée, j'en viens au traitement de la grossesse extra-utérine. Deux cas peuvent se présenter : ou bien la grossesse extra-utérine suit une évolution normale, ou bien des accidents se présentent.

Quand la grossesse extra-utérine évolue normalement, à son début, dans les premiers mois, l'indication opératoire est admise par tout le monde; on doit faire la laparotomie et non l'hystérectomie vaginale. Après cinq ou six mois, la question du fœtus peut se poser. Mais, pour moi, elle ne se pose pas. Je reste fidèle au vieil adage et je crois qu'il faut sauver la mère avant de songer à sauver l'enfant. A la vérité, il ne faut songer à retirer l'enfant viable, vers le huitième mois, que lorsque la mère se porte bien. La laparatomie est, ici encore, l'opération de choix.

Quand la grossesse extra-utérine est compliquée, la conduite à tenir diffère suivant l'âge de la grossesse. La complication la plus fréquente consiste dans la rupture qu'il faut traiter par la laparotomie. Mais que faire alors vis-à-vis du placenta? Je ne saurais mieux dire que de conseiller de le laisser en place et de faire la marsupialisation comme le conseille M. Pozzi. Si une hémorrhagie interne se produit par rupture spontanée du kyste fœtal, les symptômes sont graves, et si l'hémorrhagie est due au décollement placentaire, il faut alors enlever le placenta. Si enfin, au début de la grossesse, il s'est fait une rupture, je conseille de faire non pas l'hystérectomie vaginale mais la laparotomie et, mieux encore, la colpotomie, à l'exemple de M. Pozzi.

Voilà, Messieurs, ce que je voulais dire sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine. Il y a là, je crois, un sujet de discussion qui a été abordé par les autres Sociétés savantes et auquel la Société de Chirurgie ne doit pas rester étrangère.

M. Reynier. — Dans le rapport de M. Picqué, deux questions ont été traitées :

a) Le diagnostic de la grossesse extra-utérine et de ses accidents;

b) Le traitement opératoire de la grossesse extra-utérine compliquée d'hématocèle. Ces deux questions se lient, car, d'après le diagnostic, on peut avoir recours à tel ou tel traitement par la voie vaginale ou par la voie péritonéale.

M. Picqué a fait allusion aux faits dans lesquels j'ai confondu l'hématocèle liée à une grossesse extra-utérine et l'hématocèle liée à une grossesse tubaire. A cela je répondrai que, jusqu'au cinquième mois, les signes sont les mêmes et qu'il me paraît impossible, à cette époque, de diagnostiquer la grossesse extra-utérine de la grossesse tubaire. Je suis donc, à ce moment-là, en présence d'accidents dus à la grossesse tubaire; mais, quant à leur cause exacte, je ne la connais pas. C'est de là que vient ma confusion. Après le cinquième mois, les choses changent et je crois qu'il est possible alors de faire ce diagnostic.

Quant au traitement de la grossesse extra-utérine, je n'ai pas de peine à me prononcer pour la laparotomie qui respecte l'unilatéralité des lésions en pareil cas. J'ai dit, autrefois, au neuvième Congrès français de Chirurgie, que l'incision par le vagin était fatalement une intervention incomplète. Depuis ce temps-là, cependant, j'ai eu l'occasion de faire cette incision dans mon service.

Il est, en effet, venu, chez moi, trois malades présentant des signes d'hématocèle. A chacune d'elles, j'ai fait subir un traitement différent. Chez la première, la collection siégeait en avant de l'utérus. J'ai incisé. La poche s'est mal vidée; il y a eu de l'infection utérine et j'ai dû, deux mois plus tard, enlever l'utérus par hystérectomie vaginale; ma malade a guéri, mais j'ai néanmoins laissé en place l'ovaire malade.

Chez la seconde femme, même opération sans hystérectomie consécutive. Mais je répète, ici encore, que si j'ai guéri la malade de son hématocèle, je ne l'ai pas débarrassée de la cause de son hématocèle. La preuve en est qu'il lui est resté, du côté gauche, une masse volumineuse. Chez la troisième femme, enfin, j'ai fait la laparotomie; il y avait une hématocèle, sans fœtus. J'ai fait une opération complète.

Voilà donc trois faits qui montrent, en définitive, que, dans l'hématocèle, la laparotomie est la seule opération bonne.

M. Lucas-Championnière. — La question telle que M. Picqué l'a posée me paraît insoluble. En effet, la question de diagnostic, pour notre collègue, prime tout le reste. Or, plus de la moitié des cas considérés comme des grossesses extra-utérines ont été des erreurs de diagnostic. J'ai opéré autrefois des malades que des accoucheurs des hôpitaux, après de sérieux examens, avaient considérées comme atteintes de grossesse extra-utérine qui n'en étaient pas. Je puis donc parler de cette question en connaissance de cause. C'est donc là un sujet de diagnostic de la plus grande difficulté.

Quant au traitement, je n'en veux retenir qu'une chose : c'est le mauvais côté des opérations faites par le vagin, où l'on ne voit absolument rien. Dans ce genre d'opérations, il convient, au contraire, d'y voir parfaitement pour enlever le plus possible. De plus, quand on fait la marsupialisation, il faut bien se convaincre que l'on n'a pas fait merveille, mais que ce n'est là qu'un pis-aller. La voie abdominale est donc la voie à suivre en pareil cas. Sur le fœtus je ne dirai qu'un mot, c'est qu'il faut chercher à sauver d'emblée la mère.

La discussion sur cette question est renvoyée à la prochaine séance.

M. Picqué dépose sur le bureau de la Société le volume du compte rendu des travaux du neuvième congrès français de chirurgie.

Présentation de malade.

M. Berger présente un malade chez lequel il a fait la suture osseuse pour pseudarthrose de l'humérus.

Présentation de pièce.

M. Tuffier présente le rein et l'uretère d'un malade atteint d'hydronéphrose intermittente. La coudure de l'uretère est des plus nettes et fait seule l'objet de cette présentation.

Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier 1896.

Statistique des enfants qui, dans l'état social actuel, se trouvent privés des soins maternels.

M. Lagneau lit un travail dans lequel il montre combien la privation des soins maternels augmente la mortalité infantile. Cette mortalité concerne spécialement les enfants des nourrices sur lieu, des employées de commerce et des domestiques. Les premières, en effet, confient leurs propres enfants à des parents, à des amis, avant le septième mois révolu; les dernières n'ont pas le temps de les allaiter. Ce sont là des conditions déplorables contre lesquelles il faut multiplier les moyens qui permettent à des mères, de plus en plus nombreuses, de conserver près d'elles leurs enfants. En un mot, il convient d'étendre de plus en plus à ces derniers l'application encore fort incomplète de la loi de la protection des enfants du premier âge.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 janvier 1896.

Rôle de la fièvre dans l'évolution d'une maladie infectieuse (staphylococcie).

M. Cheinisse a étudié, en utilisant les propriétés antithermiques du gaïacol appliqué en badigeonnages sur la peau, l'influence exercée par la fièvre sur l'évolution d'une maladie aiguë.

Il a pris comme sujet de maladie aiguë la staphylococcie, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La suppression de la fièvre, obtenue par les badigeonnages de gaïacol, fait prendre à l'infection une marche suraiguë; les animaux badigeonnés meurent le premier ou le second jour, de *septicémie suraiguë* ; les animaux non badigeonnés meurent, au bout de quinze à trente jours, d'*infection purulente* avec abcès viscéraux multiples.

2° On ne peut accuser de ce résultat que l'abaissement de la température et non le badigeonnage lui-même, ni l'action toxique du gaïacol.

Sérothérapie de la tuberculose.

MM. Babès et **Broca**. — Nos dernières expériences sur l'injection de sérum d'animaux ayant reçu, auparavant, de la tuberculine et des bacilles morts, nous ont conduits aux résultats que voici :

1° Les bacilles morts renferment encore, après l'extraction soigneuse de la tuberculine et après le passage par le corps des animaux, des principes actifs qui, sans produire la fièvre caractéristique de la tuberculose, reproduisent des lésions localisées analogues aux produits pathologiques des bacilles vivants ;

2° L'action de la tuberculine diffère, sur plusieurs points, du sérum ;

3° Le sérum des animaux traités par la tuberculine empêche le développement de l'ulcération locale que produisent les bacilles morts et, si la lésion est déjà constituée, les injections de sérum les guérissent ;

4° Les animaux, traités par la tuberculine, puis par des bacilles morts, paraissent posséder un sérum plus efficace que les animaux traités par la tuberculine seule ;

5° En inoculant aux animaux la tuberculose et, en même temps, du sérum, la tuberculose ne se propage pas et la lésion locale consistant en une infiltration plus ou moins grande de tissus, guérit à la longue;

6° Les injections de tuberculine peuvent aussi, dans des conditions exceptionnelles, guérir la tuberculose, si l'on commence le traitement peu de temps après l'infection;

7° On peut guérir la tuberculose d'une manière plus certaine par des injections de sérum commencées quelques jours après l'infection et répétées plusieurs fois et, surtout, si l'on emploie le sérum des animaux traités, en même temps, avec de la tuberculine et des bacilles morts;

8° La guérison des animaux infectés s'obtient par des doses relativement grandes, de sérum. Les petites doses sont insuffisantes et semblent aggraver l'infection tuberculeuse;

9° Le sérum antituberculeux en contact prolongé avec un milieu nutritif favorable au développement du bacille tuberculeux, rend ce milieu impropre à la culture de ce microbe;

10° Les bacilles tuberculeux soumis *in vitro* à l'action prolongée du sérum antituberculeux (de quatorze à vingt jours) deviennent inoffensifs pour les cobayes;

11° Les bacilles tuberculeux, développés en même temps avec le bacille pyocyanique, sur le même milieu de culture, ne produisent plus la tuberculose.

Anévrysme cirsoïde du cou, de la face, du plancher de la bouche et de la langue, traité par la méthode sclérogène.

M. Lannelongue remet une note donnant le détail de cette tumeur et du traitement qu'il lui a fait subir. Quatre séances d'injections d'une solution de chlorure de zinc au 1/20 ont été faites autour de la tumeur, selon la technique décrite par l'orateur. Le traitement a duré deux mois et a été suivi d'une guérison immédiate. Depuis trois ans que date cette observation, il s'est produit une sclérose lente, atrophique de la presque totalité de la tumeur; c'est là la marque la plus sûre d'une guérison durable.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 janvier.

Du méningisme.

M. Gilles de la Tourette. — Je m'élève absolument contre l'expression de méningisme qui a été employée dans la dernière séance de la Société. Cette expression ne répond à aucun diagnostic précis et est aussi mauvaise que celle de péritonisme ou de nervosisme. Beaucoup d'accidents classés sous cette étiquette de méningisme appartiennent à l'hystérie; l'examen de l'urine le prouve même quand les autres signes diagnostiques manquent. On trouve alors une diminution du résidu fixe (urée, sels, etc.) et une inversion de la formule des phosphates. Des phosphates terreux, qui sont normalement aux phosphates alcalins comme 1 est à 3, tendent à devenir comme 1 est à 2 ou 1 à 1.

M. Hutinel défend le terme de méningisme, ou plutôt de pseudo-méningite, qui correspond, au moins en clinique infantile, à un syndrôme assez fréquent et très particulier. On trouve, en effet, des enfants qui, au cours d'infections diverses, présentent tous, ou presque tous, les signes de méningite classiques, y compris les modifications de température et du pouls.

On diagnostique la méningite qui n'est pas confirmée par l'autopsie. On ne peut guère, chez ces enfants de quelques mois à deux ou trois ans, invoquer l'hystérie; d'autre part, l'examen bactériologique du système nerveux ou du liquide céphalo-rachidien est toujours resté négatif. Aussi est-on amené à expliquer ces accidents par une toxhémie. Les toxines microbiennes sont des agents vaso-dilatateurs merveilleux; témoins les lésions observées du côté de la moelle, dans les myélites expérimentales, microbiennes ou toxiques. Ce qu'on observe chez les animaux du côté de la moelle, on l'observe chez l'enfant du côté du cerveau, qui est, chez lui, le point faible et le plus facilement frappé. Aussi, en pareil cas, trouve-t-on presque toujours une congestion veineuse interne à la surface du cerveau, quelquefois même de l'œdème.

J'ai observé récemment un cas de pseudo-méningite au cours d'une atteinte de diarrhée cholériforme et l'enfant a guéri après avoir présenté tous les signes de la méningite.

En résumé, je crois que le terme pseudo-méningite doit s'appliquer à des manifestations méningées, fonction d'intoxications d'origine auto- ou exogène, ou bien dépendant de simples troubles dynamiques, comme dans l'hystérie.

Rechute et récidives de rougeole.

M. Comby dit que sur plus de 700 cas de rougeole observés par lui à l'hôpital Trousseau, il n'a vu ni récidive ni rechute. Il rappelle, à ce propos, l'importance diagnostique de l'énanthème buccal, et qui ne se rencontre pas quand l'éruption est simplement morbilliforme.

M. Le Gendre dit que depuis la communication de M. Comby il a recherché avec soin l'énanthème en question dans son service d'Aubervilliers. Il l'a trouvé en effet dans beaucoup de cas de rougeole, mais aussi dans la scarlatine.

M. Sevestre a eu l'occasion d'observer deux fois des rougeoles à rechute. Ces cas ont été publiés dans les leçons qu'il a faites à l'hôpital des Enfants-Assistés. Le premier cas concerne deux enfants dont l'un eut deux éruptions de rougeole. Dans une seconde série de faits, M. Sevestre a pu observer sur quatre enfants sept éruptions de rougeole; un seul enfant n'eut pas de rechute.

Pseudo-paralysie générale hépatique.

M. A. Joffroy. — Depuis longtemps les aliénistes décrivent, sous la dénomination de folies sympathiques, des troubles cérébraux qui paraissent en connexion intime avec une affection viscérale localisée. C'est ainsi que les maladies de l'utérus et de ses

annexes, les maladies de la vessie et des reins, les troubles digestifs, les affections du foie, du cœur, etc., paraissent, dans bien des cas, être la cause déterminante de l'éclosion de troubles psychiques présentant des formes différentes : mélancolie, hypochondrie, délire polymorphe — avec ou sans hallucinations, etc. Parfois l'ensemble de ces accidents reproduit assez bien ce que l'on observe dans certains cas de paralysie générale pour qu'il soit nécessaire de discuter le diagnostic. J'ai publié un cas de ce genre en 1894, relatif à une malade ayant une double affection du cœur et des reins.

Depuis lors, j'ai recueilli une observation analogue chez un alcoolique atteint d'une atrophie du foie.

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, voyageur de commerce, alcoolique, ayant présenté des poussées d'ictère. L'affection nerveuse débuta par une sorte d'impulsion latérale dans la marche, puis le malade eut, étant au café, une petite attaque apoplectiforme. Il resta apathique et présenta quelques troubles moteurs de la langue et des lèvres ; une sorte de mouvement de succion. La parole était très lente et un peu saccadée, rappelant celle de la sclérose en plaques. Le diagnostic porté par le médecin du malade fut paralysie générale. M. Joffroy, qui vit alors le malade, ne crut pas devoir conclure de la même façon ; car bien des signes manquaient. Il n'y avait pas de tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, et les troubles moteurs de la langue et des lèvres ressemblaient plutôt à des troubles choréiques. Les troubles papillaires manquaient également ; d'autre part, la latéropulsion n'est pas un signe habituel de paralysie générale.

S'appuyant sur l'état du foie, sur l'existence d'urobiline dans l'urine, M. Joffroy conclut à des troubles mentaux sympathiques de l'affection du foie. Il élimina l'hypothèse de simples troubles cérébraux d'origine alcoolique.

L'évolution de l'affection justifia absolument le diagnostic de M. Joffroy, car avec l'amélioration de la lésion hépatique on vit les troubles cérébraux disparaître à peu près complètement.

Malheureusement, cette amélioration ne fut pas de longue durée et l'affection du foie reprit son cours pour se terminer par ictère grave et, chose curieuse, avec l'aggravation de la maladie de foie les troubles mentaux réapparurent.

Je rappellerai, à ce propos, que les troubles nerveux d'ordre hépatique commencent à être connus. C'est ainsi que Klippel a décrit une folie hépatique ; Charrin, un délire hépatique provisoire ; Mya, une éclampsie hépatique mortelle chez les enfants ; Roger, un coma hépatique, etc. ; mais je ne crois pas qu'on ait rapporté un cas dans lequel on pouvait, comme dans celui qui fait l'objet de ma communication, penser à une paralysie générale.

A noter que l'on constata, à deux ou trois reprises, un parallélisme très significatif entre les oscillations des phénomènes de pseudo-paralysie générale et des phénomènes hépatiques, ceux-là s'améliorant quand ceux-ci s'amendaient sous l'influence d'un traitement approprié, et réciproquement.

Essais de sérumthérapie de la variole à l'aide du sérum de génisse vaccinée.

M. Béclère présente une femme de 29 ans, convalescente de variole, qui, au troisième jour de la période d'éruption, a reçu sous la peau de l'abdomen, en trois injections successives, dans l'espace d'une heure, plus d'un litre et demi de sérum de génisse vaccinée, exactement 1,560 centimètres cubes, c'est-à-dire une dose équivalente à la *cinquantième* partie de son poids. Elle a rapidement et parfaitement guéri sans éprouver, à la suite de cette énorme injection de sérum, aucun dommage local ni général.

Avec le concours de MM. Chambon et Ménard, M. Béclère a pu tenter déjà ce nouveau mode de traitement sur seize varioleux de tout âge dont il publiera bientôt les observations. De ces essais de sérumthérapie de la variole, il ne tire encore aucune conclusion au point de vue de l'efficacité de la méthode. Il veut seulement prendre date, montrer, par l'exemple de la convalescente présentée à la Société, comment est supporté, à dose massive, en injection sous la peau, le sérum de génisse vaccinée, s'il est bien aseptique, et surtout exposer les raisons qui légitiment contre la variole l'emploi de ce sérum en quantité aussi considérable.

Les recherches expérimentales de MM. Béclère, Chambon et Ménard leur ont démontré que le sérum de génisse vaccinée recueilli hors de la période virulente, après la dessiccation des pustules, possède vis-à-vis de la vaccine une action immunisante due à des substances solubles.

Ils ont étudié comparativement l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée et celle du virus vaccinal injectés sous la peau. Le virus vaccinal confère une immunité lente à se développer, mais qui devient complète, si minime que soit la dose du vaccin, et qui dure plusieurs années. Inversement, l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée est rapide, pour ainsi dire immédiate, si bien que ce sérum est non seulement préventif mais curateur ; par contre, ses effets sont peu durables et présentent toute une série de degrés variables avec la dose injectée et le moment où est faite l'injection, plus ou moins longtemps après le début de la maladie. C'est ainsi qu'une génisse qui, immédiatement avant la vaccination, reçoit une quantité de sérum ne dépassant pas la *centième* partie de son poids, retire de cette injection un degré très élevé d'immunité, mais non pas cependant l'immunité complète.

Pour être utile au varioleux qui n'entre guère à l'hôpital qu'à la période d'éruption, loin par conséquent du début de la maladie, il faut donc au moins doubler cette dose en lui injectant une quantité de sérum équivalente à la *cinquantième* partie de son poids. Chez les adultes, il est d'ailleurs très difficile d'en injecter davantage en une fois sous la peau de l'abdomen. Mais, chez les jeunes enfants on peut faire l'injection à dose beaucoup plus forte relativement à leur poids. Un nouveau-né de 21 jours, atteint de variole abondante a reçu, au deuxième jour de l'éruption, sous la peau de l'abdomen et des cuisses, une dose de sérum égale à la *vingtième* partie de son poids, et a parfaitement guéri sans aucun accident local ni général, tandis que son frère, âgé de 3 ans, prenait de lui la variole, n'était pas soumis au même traitement et succombait.

L'emploi contre la variole du sérum de génisse vaccinée, à doses aussi considérables, est donc légitime si toutefois il satisfait aux deux conditions de provenir d'animaux indemnes de toute maladie, particulièrement de tuberculose, et d'être recueilli bien aseptiquement. H. Méry.

LES LIVRES

Chez Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

Cahier de feuilles d'autopsie pour l'étude des lésions du névraxe, par le Dr J. Déjerine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. In-4° de 30 pages, prix 2 fr.

Le but de cet ouvrage, essentiellement pratique, est de favoriser l'inscription et la topographie rapides et exactes des lésions du névraxe, soit sur la table d'autopsie, soit pendant l'étude des coupes microscopiques. Dans l'introduction sont indiquées avec soin les différentes coupes que l'on doit pratiquer sur un cerveau pathologique au moment de l'autopsie avant de le soumettre à l'action des liquides durcissants. La direction que l'on doit donner à ces coupes est très importante pour que la pièce après durcissement puisse être étudiée par la méthode des coupes microscopiques sériées, seule méthode qui donne des résultats précis et qui réponde aux exigences modernes.

Les dessins contenus dans ce cahier sont au nombre de trente-cinq. Ils sont disposés sur vingt-cinq feuilles pouvant se détacher

et faciles à remplacer puisque chaque feuille se vend séparément. Ils reproduisent la plupart, grandeur naturelle, la morphologie cérébrale et cérébelleuse, l'aspect des hémisphères vus en coupes horizontales ou vertico-transversales, l'isthme de l'encéphale et la moelle épinière vus en coupes horizontales. Une des feuilles représente, grandeur naturelle, la face antérieure de la moelle épinière et ses racines.

Tous ces dessins sont exécutés au trait accompagnés de légendes très détaillées; ils seront utiles, non seulement à l'anatomo-pathologiste, mais encore à tous ceux qui voudront étudier l'anatomie macroscopique de l'encéphale.

Chez L. Bataille, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Principes d'hygiène militaire, par le Médecin principal de 1re classe Viry, directeur du service de santé du 2e corps d'armée. 1 vol. in-18° de 720 pages avec 70 fig. Prix 12 fr.

Le livre du médecin principal Viry est un résumé de l'état actuel de l'hygiène militaire plutôt qu'un traité dogmatique. Il s'adresse aux médecins de l'armée active et à ceux de l'armée de réserve en même temps qu'aux autres officiers ; il est inutile d'ajouter que les médecins civils y trouveront aussi une foule de renseignements intéressants.

On peut dire de lui qu'il vient à son heure. Non seulement les traités d'hygiène militaire les meilleurs ont tous un peu vieilli, mais de plus les questions d'hygiène préoccupent avec raison tous les esprits : l'expédition de Madagascar a démontré une fois de plus que médecins et chefs d'armée ne sauraient se dispenser de connaître les règles sanitaires tendant à la conservation des effectifs.

On trouvera dans ce volume ce qui a trait au recrutement des armées, à l'habitation, à l'alimentation, au vêtement, à la propreté, aux occupations du soldat, ainsi qu'à la prophylaxie dans l'armée des maladies infectio-contagieuses. Tous ces chapitres sont traités avec l'autorité que donnent à l'auteur sa situation militaire, sa longue expérience et ses travaux antérieurs qui l'ont placé parmi nos hygiénistes militaires les plus autorisés.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 20 AU 25 JANVIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Potain, Letulle, Gilles de la Tourette. — 2e Oral (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Tuffier, Broca.

Mardi 21 janvier, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Farabeuf, Gley, Roger. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Mathias-Duval, Berger, Chantemesse. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Duplay, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Panas, Le Dentu, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Hutinel, Marie.

Mercredi 22 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Marchand, Delbet, Lejars. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reclus, Poirier, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Walther, Broca.

Jeudi 23 janvier, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Berger, Maygrier. — 3e (2e partie) : MM. Proust, Ménétrier, Wurtz.

Vendredi 24 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Gariel, Ch. Richet, Widal. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Reclus, Ricard, Walther. — 5e (2e partie), Charité : MM. Straus, Letulle, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Lejars.

Samedi 25 janvier, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Ménétrier, Hartmann. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Laboulbène, Joffroy, Gilbert. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Debove, Raymond, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 22 janvier, à 1 heure. — *M. Yazedjian* : Etude clinique sur une forme de kératodermie unilatérale des extrémités (MM. Fournier, Landouzy, Netter, Gaucher). — *M. Ripault* : L'hérédo-syphilis infantile ; manifestations pharyngo-nasales et laryngées (MM. Fournier, Landouzy, Netter, Gaucher). — *M. Guiart* : Etude sur la glande thyroïde dans la série des vertébrés (MM. Potain, Tillaux, Gley, Tuffier). — *M. Bourguinaud* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hydrocèle (MM. Tillaux, Potain, Gley, Tuffier).

Jeudi 23 janvier, à 1 heure. — *M. Hébert* : Action de la nicotine sur quelques bactéries (MM. Cornil, Debove, Chantemesse, Charrin). — *M. Laboureur* : Etude sur les énanthèmes dans la varicelle (MM. Debove, Cornil, Chantemesse, Charrin). — *M. Petit* : De l'intervention chirurgicale dans les fractures récentes (MM. Guyon, Panas, Nélaton, Albarran). — *M. Ranglaret* : Etude sur l'anatomie et la pathologie des cellules ethmoïdales (MM. Panas, Guyon, Nélaton, Albarran). — *M. Flandrois* : Des épanchements articulaires dans les traumatismes du genou (MM. Duplay, Gilbert, Hartmann, Thiéry). — *M. Mayoux* : De l'entérodèse par la méthode de Duplay (MM. Duplay, Gilbert, Hartmann, Thiéry). — *M. Calmettes* : Contribution à l'étude de la cirrhose du diabète bronzé (MM. Raymond, Hutinel, Marie, Marfan). — *M. Dufour* : Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal (MM. Raymond, Hutinel, Marie, Marfan). — *M. Baudin* : Considérations sur la tare nerveuse hystérique (MM. Raymond, Hutinel, Marie, Marfan).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Conférences d'histoire naturelle médicale.

(Parasitologie humaine.)

M. Heim, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 15 janvier 1896, et les continuera les mercredis suivants.

Elles auront lieu au laboratoire des travaux pratiques d'histoire naturelle, à 1 heure et demie.

Chaque conférence sera suivie d'une manipulation pratique.

Thèses récompensées pour l'année 1892.

Médailles d'argent. — MM. F. Bezançon, Charcot, P. Delbet, Huber, Jayle, Jourdan, P. Londe, Michon, Phulein, Reymond.

Médailles de bronze. — MM. Bergé, Biétrix, Bresset, Chaillou, Cocagne, Damaye, Delabost, Durante, Duvivier, Genouville, Glantenay, Gouget, Halipré, Hulot, Laisney, Lapicque, Leseigneur, Moreigne, Plicot, Rodriguez, Wassermann.

Mentions honorables. — MM. Bernard, Corby, Crochet, Daumy, Desgrez, Djoritch, Dutournier, Flamant, Gentilhomme, Jacquinet, Jeannin, Juvara, Lefilliâtre, Maggiar, Mme Magnus, MM. Marçais, Moreau, Perregeaux, Pouzol, Quelmé, Raffray, de Rouville, Sourdille.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine d'Angers.

Un concours s'ouvrira le 6 juillet 1896 pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de médecine de Reims.

M. Gueneau de Lamarlière, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Rennes.

A la suite de la transformation de l'Ecole préparatoire de médecine de Rennes en Ecole de plein exercice, ont été nommés professeurs : MM. les docteurs Lhuissier (anatomie), Lefeuvre (physiologie), Delacour (clinique médicale), Aubrée (clinique chirurgicale), Perret (clinique obstétricale), Bruté (clinique ophtalmologique), Perrin de la Touche (histologie), Bellamy (chimie), M. Macé (pharmacie).

M. le docteur Fleury, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale, à l'Ecole de médecine d'Alger, a été nommé professeur de matière médicale.

Ont été institués suppléants : MM. les docteurs Lautier (anatomie et physiologie), Follet (pathologie et clinique médicales) ; MM. Crié (histoire naturelle), Faint (pharmacie et matière médicale), Laurent (physique et chimie).

Ont été chargés de cours : MM. les docteurs Bertheux (clinique médicale), Dayot (clinique chirurgicale), Blin (thérapeutique), Follet (anatomie pathologique).

M. Castex, agrégé de la Faculté de médecine de Lille, est chargé du cours de physique.

M. Topsent (de Reims) est chargé du cours d'histoire naturelle.

Un concours s'ouvrira le 16 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Rennes.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Trihoulet, 19 ; Gallois, 18 1/2 ; Leredde, 16.

Sont admissibles aux épreuves définitives : MM. Klippel, Plicque, Gallois, Bruhl, Toupet, Trihoulet, Barhier, Jeanselme, Florand, Le Noir, Belin, Parmentier.

La première séance a eu lieu le 13 janvier : MM. Toupet, 18 1/2 ; Triboulet, 17 1/2 ; Plicque, 17 ; Bruhl, 17 ; Krippel, 19.

Concours de l'internat.

Epreuve orale. — MM. Charles Michaut, 14 ; Bacaloglu, 14 ; Rastouil, 16 ; Benj. Weill, 15 ; Fontoynont, 16 ; Roques, 18 ; Clerc, 19 ; Iselin, 19 ; Griffon, 17 ; Drouard, 15 ; Rudaux, 17 ; Mashrenier, 17 ; Mettetal, 17 ; Ungauer, 17 ; Guéry, 17 ; Marcille, 18 ; Fossard, 14 ; Le Dard, 17 ; d'Herhécourt, 17 ; Coyon, 19 ; Arnal, 12 ; Larrieu, 17 ; Andreau, 17 ; Cadol, 16.

Total des points. — MM. Griffon, 44 ; Fontoynont, 43 ; Roques, 43 ; Marcille, 43 ; Coyon, 43 ; Cadol, 43 ; Rudaux, 42 ; Mettetal, 42 ; Guéry, 42 ; Charles Michaut, 41 ; Clerc, 41 ; Iselin, 41 ; Le Dard, 41 ; d'Herhécourt, 41 ; Larrieu, 41 ; Andreau, 41 ; Bacaloglu, 40 ; Rastouil, 40 ; Mashrenier, 40 ; Ungauer, 40 ; Fossard, 38 ; Drouard, 37 ; Benj. Weill, 36 ; Arnal, 35.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux.

Ce concours sera ouvert le jeudi 19 mars 1896, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront incrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 10 février, et sera clos définitivement le samedi 29 du même mois, à trois heures.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour l'année 1896.

MM. les Elèves actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les Etablissements de l'Administration pour l'année 1896.

En conséquence, MM. les Elèves devront se présenter à l'Amphithéâtre du chef-lieu de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les Etablissements.

MM. les Elèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Ces cartes seront délivrées dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale :

A MM. les Elèves internes :

De 2e, 3e et 4e année, le mardi 21 janvier, à deux heures ;

De 1re année et à MM. les Internes provisoires, le mercredi 22 janvier, à deux heures.

A M. les Elèves externes :

De 3e année, le jeudi 23 janvier, à deux heures ;

De 2e année, le vendredi 24 janvier, à deux heures ;

De 1re année :

Première moitié de la liste, le samedi 25 janvier, à trois heures ;

Deuxième moitié de la liste, le lundi 27 janvier, à dix heures.

ACTES OFFICIELS

Sont nommés :

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Achalme, Adler, P.-E.-G. Audigé, Barbe, Barhillion, R. Belin, Moïse Bloch dit Maurice, Stéphane Bonnet, H. Bourges, Brisson, F. Claude, Conil, Cornet, Culan, E.-S. Delaunay, Depierris, A.-J.-B. Dupont, Fourrier, C.-H.-A. Gillet, Gouverné, Jasienski, Kœnig, Lahorde, Manson, Maurel, Michelon, J.-J.-P. de Molènes, Natier, Œttinger, J. Pioger, Réteaud, J.-L. Salmon, Soulié, Spira, L.-G. Tissier (de Paris) ; Aluison (d'Eurville) ; Bardon (de Brive) ; Barthès (de Caen) ; Bertrand (de Cosenvoye) ; Beullard (de Villefranche-Saint-Phal) ; Blanc (de La Garde) ; Bonnarme (de Pons) ; Bonnenfant (de Saint-Prouant) ; Borel (de Chabeuil) ; Bouchoir (de Lorient) ; Boy-Teissier, Burlot, P.-E.-J. Comhalat (de Marseille) ; Bron (de Crazannes) ; Canteteau (des Sahles-d'Olonne) ; Carrié (de Varennes) ; Castaing (de La Rochelle) ; Chagnoleau (de Rochefort) ; Chaplain (de Maromme) ; Ducros (de La Réole) ; Duprez (de Neuve-Chapelle) ; de Font-Réaulx (de Saint-Junien) ; Gaud (de Melle) ; Guiderdoni (d'Allauch) ; Guillaume (de Guillestre) ; Komorowski (de Mondoubleau) ; Lebatut, Ch. Lavielle (de Dax) ; Laurent (de Briey) ; Le Bouteiller (de Valognes) ; Legrand (de Biarritz) ; Legrand (de Beaufort-en-Vallée) ; Maisonnave (de Castets-de-Landes) ; Marie (de Dun-sur-Auron) ; J.-A. Marty (de Fleury-d'Aude) ; Mercat (de Château-Renault) ; Meunier (de Tours) ; Monard (de Sains) ; Périgord (de Limoges) ; Petitjean (de Deeize) ; Phélippot (de Bordeaux) ; Plantin (de Suze-la-Rousse) ; Prévost (de Pont-l'Evêque) ; Ranty (d'Amhazae) ; Santelli (de l'Isle-Rousse) ; Steihel (de Tournan) ; Terrien (des Essarts) ; Tourtelot (de Saint-Fort-sur-Gironde) ; Valette (de Cahors) ; Vidal (de Paulhaguet) ; Vignes (de Corheil) ; Wurtz (de Compiègne).

MM. les docteurs Billet (de Lons-le-Saulnier), Bordo (de Chéragas), Fahriès (de Sidi-Bel-Ahhès), Vaffier (de Chânes). Vincent (de Papeete) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

Le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, en témoignage de leur dévouement au cours de diverses épidémies : 1° un *rappel de médaille d'or* à M. le docteur Soulié (d'Alger) ; 2° une *médaille d'argent* à M. Levrey, interne des hôpitaux de Paris ; 3° une *médaille de bronze* à MM. Audion et Macaud, externes des hôpitaux de Paris.

Par arrêté ministériel en date du 9 janvier, sont admis à concourir aux hourses de doctorat de 2e année les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Le banquet offert à M. Lancereaux par ses élèves aura lieu le 25 janvier au Lyon d'Or, rue du Helder.

NOTES POUR L'INTERNAT

VAISSEAUX ET NERFS DU CŒUR

Richesse de vascularisation et d'innervation en rapport avec importance de l'organe.

Nous étudierons successivement :

I. Anatomie :

A. *Artères*.

B. *Capillaires*.

C. *Veines*.

D. *Lymphatiques.*
E. *Nerfs.*
II. Physiologie.

I. ANATOMIE.

A. Artères :

Coronaires (deux).

α Antérieure ou gauche :

Origine : Aorte ascendante, au-dessus de la valvule sigmoïde gauche.

Direction : Oblique en bas, en avant et à gauche. dans le sillon interventriculaire antérieur.

Terminaison : Pointe du cœur où elle s'anastomose avec terminaison de la coronaire droite.

Rapports : De haut en bas : d'abord entre auricule gauche et infundibulum de l'artère pulmonaire, puis dans sillon interventriculaire antérieur à côté des veines, lymphatiques et nerfs correspondants.

Donne l'*auriculo-ventriculaire gauche.* Celle-ci a :

Origine : Point où la coronaire gauche s'engage dans le sillon interventriculaire antérieur.

Direction : Horizontale, de droite à gauche dans sillon auriculo-ventriculaire gauche.

Terminaison : Partie médiane du sillon auriculo-ventriculaire postérieur (anastomose par inosculation avec coronaire droite).

β Postérieure ou droite.

Origine : Un peu au-dessous de la coronaire gauche, au-dessus de la valvule sigmoïde droite.

Direction : Horizontale de gauche à droite jusqu'à partie médiane du sillon auriculo-ventriculaire postérieur.

Puis verticale, dans sillon interventriculaire postérieur jusqu'à la pointe du cœur, où elle s'anastomose avec terminaison de la coronaire gauche.

γ Vue d'ensemble :

Deux cercles artériels perpendiculaires l'un à l'autre :

1° *Horizontal* ou auriculo-ventriculaire (cercle de Haller).

2° *Vertical* (interventriculaire) : Partie antérieure est reliée à partie postérieure du cercle horizontal par anse verticale concave en haut dont les deux extrémités répondent à l'origine des deux sillons auriculo-ventriculaires droit et gauche.

De ces deux cercles partent des rameaux normaux qui naissent :

1° *Du cercle interventriculaire :* Se distribuent à ventricules et cloison interventriculaire.

2° *Du cercle auriculo-ventriculaire :*

Descendants : Se distribuent à base des ventricules.

Ascendants : se distribuent à oreillettes et origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire (artères graisseuses de Vieussens).

Il y aussi des rameaux erratiques qui sont :

Coronaires supplémentaires (artère pulmonaire).

Branches des artères *bronchique gauche, péricardique,* et *diaphragmatique supérieure.*

B. Capillaires.

α Myocardiques.

Réseau à mailles allongées entourant plusieurs faisceaux musculaires.

Rapports avec *fentes de Henle :*

Soit dans ces espaces lymphatiques ;

Soit entre cette fente et la fibre musculaire.

Anastomose entre réseaux sous-péricardique et sous-endocardique.

β Sous-péricardiques.

Anastomosés avec *veines bronchiques.*

γ Sous-endocardiques.

Cordages tendineux : avasculaires ;

Valvules : même particularité chez l'adulte sauf le sixième supérieur de la valve droite de la mitrale (Darier).

Chez le nouveau-né, valvules sont vasculaires parce qu'elles sont constituées par du tissu musculaire.

C. Veines.

La plupart des veines qui prennent leur origine dans ces réseaux capillaires du cœur (dans l'oreillette gauche et la presque totalité des ventricules) convergent vers :

1° Grande veine coronaire.

Origine.

Extrémité inférieure du sillon interventriculaire antérieur.

Trajet :

Dans sillon interventriculaire antérieur : De bas en haut.

Puis dans *sillon auriculo-ventriculaire :* De gauche à droite.

Terminaison :

Oreillette droite : Au-dessous et en dedans de l'orifice de la veine cave inférieure.

2° Veines coronaires accessoires.

Nombre et rapports variables.

Disposition la plus fréquente :

α Veines de Galien (trois ou quatre).

Origine : Partie antérieure du ventricule droit.

Terminaison : Foramen de l'auricule droite.

β Canaux de Lannelongue.

Origine :

Résultent de la convergence de presque toutes les veines auriculaires.

Trajet :

D'abord sous-péricardiques, puis intra-musculaires, parallèles aux faisceaux musculaires.

Terminaison :

Orifices qui s'ouvrent dans :

a) Oreillette droite (paroi interne) ;

Par *foraminula :* Nombre et disposition variables ;

Et *foramina :* quatre :

1° Près de l'extrémité droite de l'auricule droite : Reçoit veines de Galien ;

2° Près de l'extrémité gauche de l'auricule droite ;

3° A l'embouchure de veine cave supérieure ;

4° A l'orifice de la grande veine coronaire vers lequel converge le groupe veineux important de l'orifice auriculo-ventriculaire.

b) Oreillette gauche :

Circulation unie à celle de l'oreillette droite par groupe veineux de la cloison.

Terminaison : Dans plusieurs foraminula et un foramen constant sur paroi postéro-supérieure de l'oreillette gauche.

γ) Canaux d'union des foramina.

Chaque canal relie deux foramina en suivant un trajet perpendiculaire aux fibres myocardiques. Sur chacun d'eux se branche le conduit né d'un troisième foramen (Lannelongue).

D. Lymphatiques.

1° Réseau sous-péricardique.

Auriculaire et ventriculaire.

Ce dernier réseau aboutit à deux troncs, l'un à droite, l'autre à gauche de l'artère pulmonaire.

2° Réseau sous-endocardique.

Exclusivement ventriculaire.

Aboutit à deux groupes de lymphatiques : l'un traverse la paroi ventriculaire, l'autre la pointe du cœur.

Ils déversent la lymphe dans lymphatiques des sillons interventriculaires qui aboutissent aux ganglions bronchiques.

3° Réseau myocardique.

Dans les fentes de Henle.

Relié aux deux réseaux précédents.

(A suivre.) M.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 4 25 Janvier 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

A NOS ABONNÉS

Le prix de l'abonnement annuel à la *Gazette Médicale* sera dorénavant de *cinq francs* pour la France et de *sept francs* pour l'étranger.

Nous enverrons à ceux de nos lecteurs qui nous ont déjà adressé le montant de leur abonnement la différence à laquelle ils ont droit.

Si nous commettons quelque oubli, nous demandons aux intéressés de ne pas hésiter à nous le signaler.

La Direction.

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(*Suite.*)

HERPÈS DES MUQUEUSES

Il convient d'étudier en second lieu l'herpès des muqueuses, qui sera envisagé au même point de vue.

L'herpès des muqueuses n'est autre que l'herpès cutané.

C'est la même lésion, suivant les mêmes phases, la même évolution, affectant la même durée. Mais c'est une lésion modifiée par des influences de territoire, par des conditions de siège et de nature de tissus. Ces influences, toutes secondaires qu'elles soient, n'aboutissent pas moins à transformer la physionomie de la lésion.

En quoi l'herpès des muqueuses diffère-t-il comme aspect éruptif de l'herpès cutané ?

Toute la différenciation se résume en ceci :

1° La vésiculation est fugace, éphémère, tout au moins très peu durable ;

2° Il y a une absence totale de croûtes.

La vésicule et la croûte de l'herpès cutané sont remplacées ici par une autre lésion anatomique, et cette lésion, c'est l'érosion du derme, sa dénudation.

Sur les muqueuses, comme sur la peau, l'herpès débute par une congestion érythémateuse locale. puis sur cette plaque se constitue un processus vésiculeux.

Il n'y a rien, dans ces deux premiers stades de l'évolution, que d'identique à ce qui se produit sur la peau, mais ici commencent les différences.

Au lieu d'être stables, permanentes pour un certain temps, les vésicules s'affaissent et se rompent d'une façon prématurée. A peine formées, elles se crèvent et se recroquevillent à la façon de l'ampoule d'un vésicatoire que l'on déchire. Affaissée sur sa base, la carapace de la vésicule tapisse cette base d'une sorte de revêtement pelliculaire blanchâtre. Puis, bientôt, elle achève de se détacher et tombe en laissant à nu la surface du derme. Celui-ci apparaît dépourvu de son épithélium normal, la lésion constitue alors une véritable érosion.

Cette érosion, à son tour, subsiste, en tant qu'érosion, sans se couvrir de croûtes, jusqu'à ce que s'établisse au bout d'un certain nombre de jours le processus cicatriciel qui la sépare en constituant à sa surface une couche d'épithélium nouveau.

Rien de plus facile à interpréter logiquement que ces différences entre l'herpès muqueux et l'herpès cutané.

Tout d'abord, pourquoi cette rupture prématurée de la vésicule sur la muqueuse ?

1° Parce que l'épithélium des muqueuses est plus mince, moins résistant que l'épiderme de la peau, d'où facilité plus grande de rupture en raison de la ténuité de la coque vésiculaire ;

2° Parce que les muqueuses présentent des conditions d'humidité habituelle, d'humectation continue pour la vésicule, laquelle, par cela même, devient d'autant plus fragile.

Il convient d'ajouter encore à ces causes, au moins pour certaines muqueuses, les conditions d'adossement de surface, de frottements, de froissements, lesquelles concourent encore à la déchirure prématurée de la vésicule.

En second lieu, pourquoi l'absence de croûtes à la surface de l'érosion qui survit à la déchirure de la vésicule?

Cela même est un fait général pour toutes les excoria-

tions et les ulcérations des muqueuses. Et cela se conçoit. Ce qui forme les croûtes, c'est la stagnation et le dessèchement à l'air libre du liquide sécrété par les surfaces ulcérées. Sur la peau, ces liquides ont toute facilité pour s'accumuler et se dessécher. Comment en serait-il de même sur les muqueuses où les sécrétions de la plaie sont incessamment balayées, dissoutes, entraînées par la sécrétion propre du tégument muqueux ?

De tout ceci, il découle deux conséquences objectives faciles à prévoir et nécessaires actuellement à bien spécifier, à savoir :

1° L'aspect pseudo-membraneux tant que la carapace épithéliale des vésicules n'est pas encore détachée ;

2° L'aspect érosif à dater du moment où cette carapace s'est absolument détachée.

Lorsque la vésicule se crève, en effet, sa carapace s'affaisse immédiatement, puis elle se dissocie, se désagrège, se détache par lambeaux. Mais un certain temps est nécessaire pour que ce travail de séparation s'opère. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que l'enveloppe épithéliale se sépare des débris de la vésicule. Or, pendant ce temps, sous quel aspect se présente cette pellicule ? Si elle est encore intacte, elle prend l'aspect d'un voile opalin, blanc-grisâtre, d'un blanc d'autant plus éclatant que la macération de l'épithélium dans les liquides qui le baignent est plus prolongée. Cette plaque est entourée d'une auréole rougeâtre, vestige de la tache érythémateuse originelle. On dirait une couenne pseudo-membraneuse, et c'est, en effet, sous ce nom que la lésion est décrite le plus souvent.

Nulle part. cet aspect pseudo-membraneux ne s'accuse d'une façon plus formelle qu'à la gorge. Les vésicules confluentes de l'herpès guttural constituent sur les amygdales et sur la luette des placards blanchâtres diphtéroïdes, une sorte de couenne continue qu'on a plus d'une fois confondue avec les membranes diphtériques.

Ces placards blanchâtres ne sont autres que les coques épithéliales des vésicules herpétiques, affaissées, mais encore adhérentes par leurs bords. Cet aspect pseudo-membraneux est encore très manifeste sur des herpès appartenant à d'autres régions telles que la vulve, le vagin, le col de l'utérus, etc.

Ultérieurement, alors que l'enveloppe pelliculaire est en partie détachée, l'aspect des parties malades n'est plus le même, et l'on constate une érosion rouge, présentant çà et là, sur quelques points de la circonférence, des lambeaux blanchâtres, derniers vestiges de la pellicule vésiculaire.

Cet aspect se rencontre fréquemment sur diverses muqueuses. notamment à la langue, par exemple, où l'on constate ces petites érosions rouges bordées sur quelques points de pellicules blanches. Quelquefois même ces érosions sont entièrement circonscrites par un liseré blanc.

Enfin, ces derniers lambeaux de la vésicule se détachent et l'herpès ne se traduit plus objectivement que par une érosion tégumentaire. par une dénudation du derme muqueux. L'herpès alors n'est plus qu'une érosion ou plutôt une série d'érosions en rapport de nombre avec le nombre des vésicules primitives.

Quelle est donc cette érosion ? Avec quels caractères objectifs se présente-t-elle ?

Cette érosion n'est qu'une excoriation dermique, une sorte de vésicatoire en miniature, ne présentant rien de spécial.

On la trouve en effet constituée de la façon suivante :

Elle est petite comme dimension ; offrant le diamètre d'une tête d'épingle, tout au plus d'une lentille.

Elle est arrondie de contours : quelquefois parfaitement circulaire, d'autres fois ovale ou quelque peu irrégulière.

Elle est rougeâtre de fond ; parfois d'un rouge vif, d'autres fois jaune-rougeâtre.

Elle est superficielle et plate, effleurant plutôt qu'entamant les téguments. Quelquefois cependant elle est légèrement exulcéreuse, et, alors excavée en godet, cupuliforme.

Elle est légèrement suintante et suppurante, à la façon de toute plaie, et se cicatrise en quelques jours, pour peu qu'on ne contrarie pas sa tendance spontanée.

Au total, elle n'offre donc rien de caractéristique et est semblable à toute excoriation tégumentaire.

Mais nous savons que le propre de l'herpès est de se produire en groupe, en bouquet. Multiples et groupées sur un petit espace, les érosions aboutissent par cela même à se réunir par leurs circonférences tangentes et à former, de la sorte, une érosion composée par la fusion de plusieurs érosions contiguës.

Or, cette érosion composée est particulièrement remarquable au point de vue diagnostique.

Elle est remarquable en cela que son contour est *policyclique*, c'est-à-dire constituée par une série de segments de circonférence.

Il ne saurait en être autrement et cela se conçoit facilement, car cette configuration découle forcément de son processus formatif.

De plus, les cercles qui constituent l'érosion herpétique sont des cercles à petit diamètre, l'érosion composée est donc en même temps *microcyclique*.

Ce signe peut paraître un détail oiseux, une minutie insignifiante. Il n'en est rien cependant. C'est un signe essentiel et d'importance majeure. C'est le signe pathognomonique de l'herpès. car il n'y a que l'herpès qui puisse déterminer des érosions de ce genre : aussi sera-t-il du plus grand secours lorsqu'il s'agira de différencier les lésions herpétiques du chancre syphilitique ou de certaines syphilides secondaires.

Au total donc, l'herpès des muqueuses, comme modalité éruptive, se résume en ceci :

Une éruption passagèrement vésiculeuse, aboutissant de bonne heure à l'érosion du derme muqueux et constituée par cette érosion presque d'un bout à l'autre de son évolution.

Pour compléter l'étude clinique de l'herpès, il faut ajouter à cette symptomatologie objective l'énoncé de quelques phénomènes qui s'adjoignent à l'éruption.

Presque invariablement, d'une façon pour ainsi dire constante, l'éruption herpétique s'accompagne d'un malaise local qui précède son explosion ou en marque le début.

Ce malaise local devance en général l'éruption de quelques heures, s'accroît avec l'éruption et même persiste jusqu'à l'époque où la vésiculation est pleinement accomplie.

Il consiste en ceci : tension douloureuse de la partie qui

est le siège de l'éruption avec sensation d'ardeur. de cuisson, de « feu local », disent les malades : parfois aussi de picotements, d'élancements. de douleurs lancinantes.

Ce malaise local est très variable comme intensité : quelquefois minime et insignifiant; d'autres fois beaucoup plus intense, comme dans les cas d'angine herpétique par exemple.

Souvent encore il devient l'origine de quelques complications locales, d'une certaine hyperhemie périphérique consistant en ceci : rougeur. suffusion rosée des parties avoisinantes avec gonflement léger; œdème de certains organes (paupières, prépuce, grandes lèvres; sensibilité inflammatoire, etc.)

Ce ne sont là que des phénomènes locaux, car par lui-même l'herpès est insuffisant à éveiller une réaction sympathique de l'économie. Par lui-même, il est apyrétique (sauf pour certains cas particuliers dont il sera question en temps et lieu); par lui-même, il est sans influence sur les grandes fonctions de l'organisme.

Ce n'est pas à dire, qu'il ne coïncide jamais avec des phénomènes fébriles, loin de là ! l'herpès, au contraire, figure très souvent dans des scènes morbides où prennent place des accidents généraux, et une réaction fébrile. Mais il ne fait que figurer dans de telles scènes, sans en être l'auteur. Il est un symptôme, et non une cause de tels accidents.

En résumé, l'herpès considéré en lui-même. abstraction faite des accidents avec lesquels il peut coïncider, se réduit symptomatologiquement à ceci :

Une éruption locale circonscrite: avec quelques douleurs locales : avec possibilité de quelques lésions hyperhémiques de voisinage.

PATHOGÉNIE

Si l'herpès n'avait que l'intérêt de la lésion dermatologique décrite ci-dessus, il n'aurait pas suscité tous les travaux dont il a été l'objet depuis nombre d'années. S'il a excité, et excite encore l'attention des cliniciens, c'est qu'il comporte un intérêt tout autre, d'un genre différent; et celui-ci réside dans sa pathogénie, dans l'étude des causes dont dérive l'éruption herpétique.

A ce point de vue, en effet, nulle affection n'est plus curieuse que l'herpès, nulle affection ne se recommande plus à l'attention par une pathogénie aussi variée, aussi complexe, voire aussi singulière pour certains cas.

C'est là, à coup sûr, la partie la plus intéressante et la plus clinique en même temps de l'histoire de cette curieuse affection.

Quelles sont donc les conditions pathogéniques qui président au développement de l'herpès?

Plusieurs points principaux se présentent à établir ici.

Premier point. — L'herpès ne dérive pas d'une contagion.

Cela ressort de l'examen du malade, de l'analyse des causes, et surtout des confrontations.

La pratique journalière démontre de la façon la plus évidente que l'herpès est une maladie toute personnelle, qu'on élabore de toutes pièces dans son organisme propre, sous l'influence de causes exclusivement individuelles.

Cela ressort positivement des deux ordres de considérations suivants :

1° Les confrontations de malades démontrent ce développement de l'herpès en dehors de toute contagion. Le médecin a souvent l'occasion d'examiner des femmes au contact desquelles des malades affectés d'herpès disent avoir pris leur maladie, et il les trouve absolument saines, ne présentant notamment aucune lésion herpétique.

2° D'ailleurs, il est une autre raison. plus probante et plus péremptoire encore en l'espèce. c'est que l'herpès génital se développe fréquemment. très fréquemment, en dehors de tout rapport sexuel, par exemple chez des malades qui se sont abstenus de femmes depuis plusieurs mois.

L'herpès ne dérive donc pas d'une contagion, cela est évident, mais réciproquement. l'herpès n'est-il pas susceptible de se transmettre par contagion?

Ceci est une autre question. toute différente, et que la solution donnée à la première ne résout pas. Car si l'herpès n'a pas besoin d'une contagion pour se produire. il ne s'ensuit pas qu'il soit incapable de développer un herpès par un processus de contact, de transmission quelconque.

Ce que l'on peut affirmer sur ce point, c'est que :

1° Presque toujours l'herpès reste inoffensif et ne transmet rien par contact. Cela est fréquemment prouvé par les déclarations mêmes des malades qui déclarent ne pas s'abstenir de rapports sexuels pour cela, et n'avoir jamais contaminé leur femme cependant.

2° Dans quelques cas. peu nombreux il est vrai, on a pu constater la présence de l'herpès à la même époque chez deux conjoints.

A moins d'admettre une simple coïncidence toute de hasard, force est bien de croire que l'un de ces herpès avait servi d'origine, de prétexte, d'incitation à l'autre. Donc, très probablement, l'herpès peut engendrer l'herpès. mais bien plutôt par irritation simple que par contagion réelle.

Si, en effet, l'herpès se transmettait en vertu d'un germe contagieux. cette transmission se réaliserait à tout coup. Il est plus logique de croire que son apparition est déterminée par les qualités irritantes de sa sécrétion, lorsqu'elle vient à réagir sur un terrain propice.

Ce qui confirme cette interprétation des faits, c'est la concordance des résultats cliniques et des résultats fournis par l'inoculation expérimentale.

Jusqu'à ces dernières années, en effet, on avait considéré l'herpès comme absolument réfractaire à l'inoculation; et l'on se fondait pour le croire sur une masse énorme d'expériences ayant toutes fournies des résultats négatifs.

Mais voici que ces derniers temps des résultats contraires paraissent avoir été obtenus.

Un médecin de Bordeaux, M. le Dr Donaud, a cité trois expériences dans lesquelles il dit avoir réussi à inoculer, sur lui-même, la serosité issue des vésicules herpétiques. De même, M. Vidal dit avoir réussi (2 fois sur plus de vingt expériences) à inoculer l'herpès labialis et l'herpès præputialis.

Il n'est donc pas à nier que l'herpès ne puisse reproduire l'herpès par inoculation. Mais comme il ne se produit que d'une façon absolument rare, exceptionnelle, il est à croire qu'il n'agit pas en vertu d'un agent contagieux (car ce n'est guère le propre d'un contage de réaliser les contagions d'une façon aussi irrégulière et exceptionnelle), mais bien plutôt qu'il détermine l'herpès par une qualité irritante de sa sécrétion, lorsqu'elle vient à être déposée sur un terrain favorable.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il faut retenir de la discussion précédente, c'est ceci :

1° Que l'herpès, pour la presque totalité des cas :

Ne dérive pas d'une contagion :

Répond négativement à l'inoculation.

2° Mais qu'en certains cas, très exceptionnels et inexpliqués, on l'a vu se produire :

Soit au contact d'un herpès :

Soit par inoculation de liquide herpétique.

Il ne nous est pas encore possible de déterminer le pourquoi, la raison de ces faits opposés.

(A suivre.)

LETTRES BIBLIOGRAPHIQUES ET CRITIQUES

LA CUISSE (ostéologie, arthrologie, myologie).

(Suite.)

B. Articulation coxo-fémorale.

Figure 541. — Encore un dessin qui n'offre avec la pièce anatomique qu'une ressemblance des plus vagues ! Quel os coxal a jamais eu son épine sciatique au niveau de la partie culminante du sourcil ? Chacun sait que, sur le bassin normalement incliné, cette apophyse correspond à une horizontale qui, passant par le centre du cotyle, divise la cavité articulaire en deux moitiés à peu près égales. Que si l'épine s'implantait dans la région où l'a figurée M. Daleine, la hauteur de la grande échancrure sciatique se trouverait singulièrement diminuée, sinon réduite à 0 et je me demande comment le muscle pyramidal pourrait sortir du bassin et rejoindre son insertion trochantérienne. Il est vrai que, pour gagner du terrain, le dessinateur a omis de représenter le bord supérieur de l'échancrure, ce qui ne contribue pas médiocrement à accentuer la forme baroque de cet os extraordinaire.

Ajoutons que la tubérosité ischiatique n'est guère plus exactement figurée ; même observation pour le double tendon du muscle droit antérieur.

Quant au *ligament pubo-fémoral* dont les fibres atteignent souvent l'épine pubienne, il faut croire que son existence est ignorée de l'artiste et de l'anatomiste qui a fourni la préparation, car je l'ai vainement cherché.

Page 655. — *Capsule.* — « Du côté de l'os iliaque, la capsule s'insère au pourtour osseux du sourcil cotyloïdien et à la *face externe* du bourrelet. » — Cette description, erronée, est, d'ailleurs, en désaccord avec la figure 551 qui montre le bourrelet *complètement libre à la partie supérieure* (ce qui est faux). En fait et à ne pas tenir compte des variations individuelles, c'est seulement dans *la région supéro-interne* et sur *le ligament transverse* que la face externe du bourrelet donne attache aux faisceaux capsulaires qui s'avancent plus ou moins jusqu'au bord libre. *En dehors*, on rencontre un cul-de-sac assez profond et les fibres naissent directement sur l'os, à un demi-centimètre environ de la base de l'anneau fibro-cartilagineux.

Figure 543. — Il paraît qu'elle représente un fémur ! ! ! Après mûre réflexion, je pense même qu'il s'agit d'un fémur gauche vu par sa face postérieure et par son bord interne. Il n'est pas commode de discerner la ligne intertrochantérienne, moins encore de reconnaître le petit trochanter dans ce mamelon effacé qu'on soupçonne à la partie inférieure du col.

En ce qui concerne les insertions cervicales de la capsule qui s'attache sur l'os « parallèlement à la *ligne intertrochantérienne postérieure*, à un travers de doigt en dedans de celle-ci », les esprits moroses regretteront que, sur un dessin qui prétend nous renseigner sur la collerette capsulaire, l'artiste ait oublié de les figurer. Il va sans dire que le faisceau prétrochantinien du ligament en Y et le tubercule où il s'implante ne sont pas marqués davantage.

Figure 544. — Les deux faisceaux antérieur et supérieur du ligament en Y devraient être fusionnés au niveau de leur insertion iliaque.

Figure 545. — Manquent la racine *ischiatique* et la racine *pubienne* du ligament rond qui « *vont se fixer aux deux extrémités ou cornes qui limitent l'échancrure cotyloïdienne,* **en dehors de l'articulation** ».

En revanche, au risque d'être indiscret, je me permettrai d'interroger l'auteur pour savoir à quoi rime certaine *saillie conique* représentée sur le col au-dessus du ligament pubo-fémoral et dont la signification m'échappe absolument. Quant à la crête tranchante, qui sépare l'ischion en deux versants si accusés, elle rentre, elle aussi, dans le domaine de la pure fantaisie.

Page 660. — « Le *frottement* du tendon de ce muscle (psoas-iliaque) sur la capsule soulevée par la tête fémorale a *déterminé la formation d'une large bourse séreuse* qui se prolonge jusque vers l'insertion trochantérienne du psoas. » — Cette théorie qui avait cours en 1843 n'est plus acceptable aujourd'hui. La science a marché depuis Velpeau. Les travaux de Retterer (Société de Biologie, février 1895) et d'autres auteurs qui ont méthodiquement étudié le processus évolutif des organes séreux ont nettement établi que les causes mécaniques sont étrangères au développement des bourses normales et des synoviales tendineuses. Autant vaudrait avancer que la formation des cavités articulaires résulte du frottement qu'exercent l'une sur l'autre les surfaces osseuses en contiguïté. Bien que la note de Retterer ait précédé de plus de neuf mois l'apparition du fascicule de *Myologie*, M. Poirier n'a point jugé à propos de modifier sa manière de voir. Nous retrouvons en effet à l'article *Psoas* la même erreur embryologique.

Figure 548. — *Flexion.* — Si ce dessin représente le fémur *fléchi* sur le bassin (cet os avec son col qui continue la direction de la diaphyse nous est servi comme un fémur !), on se demande avec anxiété quelle orientation prendra le fémur dans l'abduction forcée.

Page 662. — *Ligament rond.* — « Le ligament interarticulaire, si *improprement* appelé *ligament rond...* ». — On lit vingt lignes plus bas : « *Parti* de son insertion à la *partie* antéro-supérieure de la fossette fémorale, le ligament, d'abord **arrondi** et épais... » Sans commentaire.

Quel besoin de bouleverser la nomenclature anatomique ! Mais alors, pour être conséquent avec lui-même, M. Poirier devrait débaptiser le muscle *petit rond*, « aplati et allongé », le *grand rond*, le *rond pronateur*, etc., qui ne méritent pas mieux leurs noms.

Page 663. — Il s'agit toujours du ligament rond. « Je ne saurais consentir avec quelques auteurs à lui décrire une insertion *au pourtour de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde* ; il n'y a là que quelques travées fibreuses soulevant un repli synovial que la pince arrache facilement. » Disons d'abord que cette opinion n'a pas toujours été celle de l'auteur. Je ne lui ferais certes pas un crime de l'avoir modifiée si, dans la légende de la figure 542, je ne me heurtais à cette phrase : *L'arrière-fond* est recouvert par la synoviale soulevée par le *ligament rond* » et si, d'autre part (fig. 551), le faisceau médian des auteurs ne se trouvait également représenté.

Même page 663. — « Par sa face interne le ligament rond répond à la graisse qui capitonne l'arrière-fond de la cavité cotyloïde. » Et la synoviale acétabulaire et les travées fibreuses qui la soulèvent, que deviennent-elles, si le ligament est directement en rapport avec la couche graisseuse ?

Page 665. — « Le ligament rond, simplement allongé dans la station verticale, se tend lors de la flexion de la cuisse sur le bassin. Dans la flexion, et seulement dans cette position, il contribue à limiter les mouvements d'adduction et de rotation au dehors. » Je me souviens d'une époque (1887-1888) où M. Poirier enseignait dans le grand amphithéâtre de la Faculté que le ligament rond se comporte vis-à-vis du tronc et du fémur comme un ressort de voiture. Il avait institué et répété *coram populo*, à grand renfort de poids, toute une série d'expériences qui démontraient pertinemment que, dans la station debout, le tronc est suspendu à la tête fémorale par l'intermédiaire des deux racines antérieure et postérieure du ligament. Grâce à cette disposition, le segment supérieur du cotyle ne pourrait comprimer le segment correspondant du sphéroïde céphalique... Libre au chef des travaux d'avoir délaissé cette ingénieuse théorie qu'il donnait alors comme *originale*, mais dont les grandes lignes, nous avons pu le vérifier depuis, sont tracées tout au long dans le livre excellent et trop peu lu de M. le professeur Mathias Duval. (*Manuel de l'Anatomiste*, page 264.)

Par contre, il me semble inadmissible d'écrire que le ligament rond limite *les mouvements d'adduction du fémur*. Voir, à ce propos, les observations de Henle lumineusement résumées dans l'édition que Marc Sée a donnée de l'*Anatomie* de Cruveilhier. « Le ligament rond est habituellement assez solide pour limiter l'adduction du membre étendu, *quand la capsule a été incisée circulairement*. Mais, *tant que celle-ci demeure intacte, sa résistance empêche l'adduction d'atteindre le degré où le ligament rond serait complètement tendu et la section de ce ligament* **n'augmente nullement l'étendue de ce mouvement**. » On ne saurait, à notre humble avis, envisager comme *physiologique* une action qui, pour se produire, implique l'incision circulaire de la capsule.

Page 665. — *Synoviale*. — J'ai lu à plusieurs reprises la description de la synoviale de la hanche : Cette description ne brille ni par la clarté, ni par la précision, surtout elle n'est guère faite pour débrouiller les notions contradictoires que nous fournissent les auteurs. M. Poirier dit qu'elle naît « *du pourtour du bourrelet cotyloïdien* ». Il aurait fallu d'abord que M. Poirier nous apprît ce qu'il entend par « *pourtour du bourrelet* ». S'agit-il de la grande circonférence de la face adhérente de l'anneau, ou de la petite, ou bien encore du bord libre ? Dans le premier cas, l'assertion serait inexacte. La capsule empiète, en effet, peu ou prou, sur la face externe du bourrelet, en haut, en dedans et en bas ; il est donc impossible que la synoviale naisse de la grande circonférence. D'autre part, d'après le professeur Sappey (3e édit., page 688), « la *synoviale capsulaire* prend naissance *sur le sommet* du bourrelet cotyloïdien par un bord finement et inégalement dentelé. » Que si l'on s'adresse à Cruveilhier, « de l'insertion iliaque elle se réfléchit sur la face externe, le bord libre et la *face interne* » du même bourrelet, « *contenu ainsi tout entier dans la cavité synoviale*, sauf la partie qui constitue le ligament transverse. » L'occasion était belle de trancher une question si controversée. M. Poirier ne l'a pas saisie, nous ne pouvons que le regretter.

Synoviale du ligament rond. — La description, ici encore, toute pittoresque et imagée qu'elle soit, laisse beaucoup à désirer. Si l'on en croit M. Poirier, la synoviale « *tapisse cette partie de la fossette sur laquelle frotte le ligament rond dans les mouvements articulaires* ». Or, cette fossette, toujours d'après M. Poirier, est revêtue d'une couche cellulo-fibreuse *doublée de quelques rares cellules cartilagineuses*. Même posée dans ces termes, et je me permets, jusqu'à plus ample informé, de douter de la *rareté* des cellules cartilagineuses, il me semble que l'affirmation du chef des travaux pèche contre la vérité. Il me répugne d'admettre, contrairement à tous les enseignements de l'anatomie générale, qu'une surface cartilagineuse ou fibro-cartilagineuse puisse être tapissée par une synoviale. Se reporter, à ce sujet, au chapitre « *Structure des articulations* », page 547: *Lorsqu'une articulation présente un fibro-cartilage péri- ou intraarticulaire, la membrane synoviale s'arrête toujours sur le bord adhérent du fibro-cartilage; c'est ainsi que, dans les articulations pourvues de ménisque, la synoviale ne revêt point les cartilages articulaires : elle subit une interruption au niveau du bord adhérent du fibro-cartilage et reprend son trajet sur le bord opposé.*

Autre chose. — « Au niveau des dépressions du sourcil cotyloïdien, la synoviale s'enfonce dans le sillon intermédiaire au bourrelet et à la dépression ; j'ai vu assez souvent un gros cul-de-sac synovial s'engager sous la partie supérieure décollée du bourrelet. A ces détails se rattache la formation de ces petits kystes ou ganglions synoviaux, etc. » Quelle synoviale ? M. Poirier néglige de nous en informer. Est-ce la synoviale capsulaire qui s'insinue de dehors en dedans dans le cotyle ; ou bien, en admettant la description de Cruveilhier et Sée, s'agit-il de la synoviale hypothétique qui, revêtant la face interne du bourrelet, viendrait s'attacher sur le bord du croissant cartilagineux ? Et alors la poussée des bourgeons se produit-elle en sens contraire ? Mystère.

Page 666. — *Rapports*. — Du moment où l'auteur enregistre les rapports médiats que l'articulation affecte avec les vaisseaux fémoraux, je n'aperçois pas les raisons qui l'empêchent de signaler les relations avec les branches du nerf crural placé en dehors et un peu en arrière de l'artère (Voir Braune, pl. XXIII, fig. 1). De même, à côté du pectiné, M. Poirier aurait dû citer *l'obturateur externe* et *le court adducteur* qui entrent en connexion avec la portion antéro-interne de la tête du fémur. (Se reporter à la même planche de Braune reproduite page 189 de la *Myologie*.)

« *Sur la face postérieure* s'épanouit un éventail musculaire formé par le pyramidal, l'obturateur *externe*, les jumeaux, et plus bas par le carré crural. » M. Poirier a voulu dire l'obturateur *interne*, sans doute. En ce qui concerne le *carré crural*, cet muscle ne présente aucun rapport avec le manchon capsulaire dont il est séparé par l'obturateur externe.

« *En arrière de ces muscles*, le grand nerf sciatique, le petit nerf sciatique et l'artère ischiatique descendent dans la gouttière ischio-trochantérienne. » Ainsi rédigée, cette phrase consacre une erreur. Que si les nerfs et les vaisseaux en question passent derrière l'obturateur interne, les jumeaux et le carré crural, il n'est pas vrai de dire qu'ils passent aussi **derrière le pyramidal**. Sortis du bassin par la partie basse de la grande échancrure sciatique, c'est avec la face antérieure et le bord inférieur et non avec la face postérieure de ce dernier muscle que les organes précités sont en connexion.

D'autre part, il est un nerf que M. Poirier omet de signaler et dont les rapports avec la capsule sont presque immédiats : c'est *le nerf du jumeau inférieur et du carré crural, compris* **entre** *l'articulation et les muscles qu'il anime*.

Page 668. — *Mouvements*. — L'auteur oublie également de nous avertir que la *flexion complète de la cuisse sur le bassin* n'est

possible que si *la jambe est, elle-même, fléchie sur la cuisse.* Faute de cette flexion préalable ou concomitante du genou, le fémur ne forme avec la verticale qu'un angle maximum de 75 à 80°.

Quant aux muscles moteurs, je n'en trouve aucune mention. Cette observation s'applique, au reste, à toutes les articulations, sauf à la temporo-maxillaire. Pourquoi cette lacune quasi générale et pourquoi cette exception inopinée? L'auteur aurait sans doute quelque bonne raison à donner, malheureusement il néglige de nous mettre dans le secret.

Page 669. — « La largeur de l'insertion capsulaire en avant ne me permet d'admettre qu'avec les plus grandes restrictions l'assertion classique que les fractures du col sont plus souvent intra-capsulaires en avant qu'en arrière : *Je serais heureux que quelques autopsies vinssent confirmer cette affirmation des auteurs.* » Sans insister autrement sur la forme macabre de ce vœu, contentons-nous de rappeler à M. Poirier le moyen qu'ont employé nombre de maîtres pour élucider des questions analogues, l'*expérience*. M. Poirier n'y a pas songé.

Page 670. — Des citations que veut bien transcrire M. le chef des travaux, il appert nettement que Winslow, antérieurement à Bertin et bien mieux que lui, a nettement décrit les faisceaux antérieur et supérieur du ligament en Y. L'auteur, qui, d'ordinaire, s'embarrasse peu de changer la nomenclature usuelle, aurait dû, en bonne logique, enlever à cette portion de la capsule le nom de Bertin et lui attribuer celui du grand anatomiste qui, le premier, a observé la disposition exacte des deux bandelettes de renforcement. C'était une belle occasion de réparer l'injustice de la postérité.

(La suite au prochain numéro.) Georges Devy.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier. — Présidence de M. Théophile Anger.

Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.

(Suite de la discussion.)

M. Routier. — Dans le rapport que M. Picqué nous a lu au cours de la dernière séance, il est facile de voir que le diagnostic et surtout le traitement de la grossesse extra-utérine ont été considérés, quant à leur âge, au triple point de vue que voici :

a) Grossesses extra-utérines à terme ;

b) Grossesses extra-utérines âgées de cinq ou six mois ;

c) Hématocèles rétro-utérines.

Des grossesses extra-utérines arrivées à terme, je ne veux rien dire. Nous sommes tous d'accord qu'il faut les traiter par la laparotomie, enlever le fœtus, généralement mort, et marsupialiser enfin le placenta, comme nous l'a si bien dit M. Lucas-Championnière.

Quand la grossesse extra-utérine est âgée de moins de cinq ou six mois, je m'étonne d'entendre dire à M. Reynier que, pour lui, le diagnostic est très difficile, sinon impossible. Je veux bien qu'il y ait là, en effet, de grandes difficultés. Je crois, cependant, que par l'étude attentive de la fonction menstruelle, de l'état de la malade et de la tumeur abdominale qu'elle présente, on peut établir, en faveur du diagnostic, des probabilités assez grandes pour que ce diagnostic de grossesse extra-utérine soit complet et qu'il justifie l'intervention.

C'est ainsi que j'ai fait quatre fois le diagnostic de grossesse ectopique, diagnostic qui a été confirmé par l'opération. De ces quatre malades, deux avaient été vues par M. Tarnier qui porta comme moi le diagnostic de grossesse extra-utérine, avant toute opération. Dans un autre de ces cas, un médecin instruit de la ville avait également fait le même diagnostic que moi et m'avait poussé à l'opération. Ces quatre malades, enfin, ont été traitées par la laparotomie. Chaque fois, j'ai extrait un kyste fœtal. Toutes mes malades ont parfaitement guéri. Trois d'entre elles sont mêmes devenues enceintes depuis l'opération. Voici le détail de ces quatre observations :

Premier cas. — Malade présentant une grossesse de cinq mois. Quelque temps avant de venir me consulter, elle avait cru faire une fausse couche. Puis ses règles n'avaient pas reparu. Finalement, elle était devenue véritablement enceinte. Je l'ai opérée, tout s'est parfaitement passé comme je l'ai déjà dit.

Deuxième cas. — Malade vue avec des médecins qui, malgré le diagnostic de grossesse ectopique, furent d'avis d'attendre. Quelque temps après, accidents graves. Je fais alors la laparotomie; je vois, dans la fosse iliaque droite, une hématocèle volumineuse et je trouve un kyste fœtal. La paroi du kyste était épaissie, mince là. Le kyste s'était tout simplement rompu, au moment des accidents, et il s'était développé une hématocèle latérale. Je pus tout enlever et la guérison suivit.

Troisième et quatrième cas. — Malades traitées auparavant pour une endométrite hémorrhagique. Plus tard, elles présentent une tumeur latérale du petit bassin. Je diagnostique une grossesse extra-utérine que j'opère et qui guérit.

Restent, enfin, les hématocèles rétro-utérines vulgaires ou cataméniales. Comme M. Picqué, je suis d'avis de croire que ce ne sont que des grossesses extra-utérines, mais dont l'évolution a été entravée par une hémorrhagie, ou tout autre cause. Ce seraient donc, en définitive, des pontes mal faites. Je ne veux pas parler, dans ce chapitre, des hématocèles qui aboutissent à la suppuration.

J'ai réuni dernièrement, pour le Congrès de chirurgie, 126 cas d'hématocèle rétro-utérine. J'ai trouvé trois fois des fœtus au cours de ces opérations. Dans un premier cas, j'avais proposé d'opérer une hématocèle rétro-utérine, mais la malade avait refusé. Un mois plus tard, il s'était produit des phénomènes péritonitiques. Je fus rappelé, on me laissa, cette fois-ci, opérer à ma guise. Je fis l'incision du cul-de-sac vaginal postérieur, mais au moment de faire cette incision, j'avais pensé, soudain, qu'il pourrait bien s'agir là d'une grossesse extra-utérine. L'opération montra que j'avais pleinement raison. Il sortit, en effet, à la suite de mon incision, des caillots noirâtres renfermant un fœtus au milieu d'eux. Je pinçai alors les bords du kyste fœtal, je le bourrai de gaze iodoformée, et aujourd'hui ma malade va bien.

Quelques jours après avoir opéré cette malade, j'en reçus une autre présentant tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine remarquable, parce que le cul-de-sac vaginal était effacé et qu'une tumeur du petit bassin remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Je pensai, néanmoins, qu'il y avait là une tumeur unique. J'ouvris donc, toujours par le vagin, il sortit des caillots noirs, je mis le doigt dans la poche et je crus sentir dans cette poche un fœtus, ce qui me rappelait le cas précédent. Mais je n'eus cette sensation qu'une seule fois; à la vérité, aucun fœtus ne sortit. Seize jours plus tard, en faisant le nettoyage de la poche que j'avais ouverte, je fis sortir, de nouveau, des caillots; toujours pas de fœtus. Enfin, le vingtième jour après l'incision, mon interne, M. Schmidt, retira le fœtus que j'avais senti une seule fois sans pouvoir le retrouver dans la suite. Cette malade a finalement guéri en totalité. Mais ce ne sont là, en vérité, que des hématocèles habitées.

Restent, maintenant, les hématocèles non habitées ou hématocèles cataméniales communes. J'ai continué de toujours ouvrir ces hématocèles par la voie rétro-utérine; cependant, je ne suis pas aussi absolu que M. Reynier, et, sans conserver, comme lui,

l'incision rétro-utérine, je suis d'avis qu'il faut, avant tout, inciser là où la tumeur saille.

Dès 1888, dans un article publié par la *Semaine Médicale*, j'avais prôné le traitement de l'hématocèle rétro-utérine par la laparotomie. Je m'appuyais sur quatre cas d'hématocèle, ainsi opérés par moi, et qui avaient parfaitement guéri. Néanmoins, j'eus des accidents, je ne les ai pas cachés à cette époque, et je les cacherai encore moins aujourd'hui. Entre autres accidents, chez une malade, il sortit par l'incision abdominale une sorte de vésicule que je pris pour la poche que je cherchais. J'ouvris cette poche et je fus stupéfait de voir que j'avais ouvert la vessie. J'eus beau suturer cette vessie, ma malade n'en conserva pas moins une fistule urinaire suspubienne, qui dura longtemps et ne guérit que six mois après.

Deux ans plus tard, je suis revenu sur ce traitement de l'hématocèle et des abcès pelviens par la laparotomie. J'ai dit, alors, qu'il fallait lui préférer l'incision rétro-utérine, c'est-à-dire faciliter l'évacuation du sang épanché par l'ouverture faite dans le point le plus déclive.

Depuis cette époque, j'ai acquis une certaine expérience, je puis le dire, de la voie vaginale. D'une façon générale, c'est d'ailleurs la voie que je préconise.

M. Reynier nous a dit que sa malade avait, après l'incision vaginale, conservé une tumeur dans les annexes. Mais cela m'arrive souvent. Il y a dans l'hématocèle des poches accessoires qu'il faut savoir chercher et savoir ouvrir. Qui nous dit que la tumeur dont a parlé M. Reynier n'était pas un hydrosalpinx ou un hématosalpinx qu'il eût suffi de crever et de drainer, pour le voir disparaître ?

Cependant, quelque aisée que soit cette incision, il se présente parfois des incidents, et j'avoue qu'il m'est arrivé, une fois, d'avoir peur. Voici le cas : Une malade multipare, âgée de 32 ans, se présente avec de fortes pertes de sang. Je trouve le petit bassin rempli par une masse fluctuante qui me fait penser à une hématocèle rétro-utérine. Incision vaginale, caillots noirs anciens. Puis je fais descendre la tumeur dans le petit bassin. Encore, beaucoup de sang. C'est alors que j'eus le tort de vouloir agrandir mon incision. Je déchirai la poche sans difficultés, mais il vint du sang artériel en grande abondance. Cette hémorrhagie s'arrête, enfin, grâce à la compression de l'aorte. Quinze jours après, guérison. Cet incident ne me fait cependant pas changer mes idées sur l'incision rétro-utérine.

Voici, maintenant, quelle est ma conduite en pareil cas. Toutes les fois que je porte le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine et qu'au bout d'un mois je vois que la tumeur n'a subi aucune modification, je fais l'incision vaginale sans m'attarder au grattage de la porte. D'habitude, je mets ensuite deux gros drains que je cale, sur les côtés, avec de la gaze iodoformée.

Pour me résumer, je dirai qu'il est, selon moi, possible de faire le diagnostic de la grossesse extra-utérine en se basant sur l'étude attentive des règles, sur l'état physique de la tumeur latérale, tumeur qui demande une laparotomie. Je répète, enfin, que, dans les cas d'hématocèle rétro-utérine, je préconise l'incision rétro-utérine.

M. Schwartz. — Les quelques réflexions que je veux vous soumettre sont absolument superposables à celles de M. Routier.

Je ne parlerai, ici, que des grossesses tubaires. Leur diagnostic est difficile, j'en conviens, mais il y a des signes sur lesquels on peut établir, sinon un diagnostic certain, du moins de fortes présomptions. Je veux parler des métrorrhagies et du siége latéral de la tumeur. J'ai pu ainsi porter trois ou quatre fois le diagnostic de grossesse tubaire. Ce qu'il faut faire, enfin, dans ces cas-là, c'est la laparotomie.

Pour les cas d'hématocèles proprement dites, consécutifs à une rupture tubaire ou à un hématosalpinx, plusieurs cas peuvent se présenter. L'hématocèle a son siége de prédilection dans le cul-de-sac de Douglas, mais elle a pu se faire aussi en avant ou sur les côtés de l'utérus. La laparotomie, dans ces cas-là, me semble devoir mériter la préférence.

Enfin, dans les cas d'hématocèle rétro-utérine, deux cas :

Ou bien l'hématocèle n'est pas complètement constituée au moment où l'on examine ; nous assistons alors au développement de l'hématocèle ;

Ou bien l'hématocèle est définitivement formée, circonscrite ; l'opération de choix est alors l'incision vaginale. Depuis six ans, je l'ai faite une quinzaine de fois. Je l'ai faite encore lundi dernier. Il sort beaucoup de caillots, mais je n'insiste pas sur le grattage de la poche et je me contente de drainer largement.

Dans l'hématocèle encore en voie d'évolution, on peut être embarrassé. C'est la laparotomie qu'il faut faire ici, quel que soit le siége de l'hématocèle, car il s'agit, avant tout, d'arrêter une hémorrhagie.

M. Segond. — Personnellement, j'ai plusieurs observations de grossesses extra-utérines. Mais je ne veux pas en parler. Je veux seulement dire les réflexions que m'a suggérées le rapport de M. Picqué et donner quelques généralités.

Je dois dire, avant tout, à M. Picqué, que c'est bien à Gallard que revient le mérite d'avoir établi une parenté étroite entre l'hématocèle péri-utérine et l'état puerpéral. Que cette doctrine soit fantaisiste, c'est possible. Il n'en est pas moins vrai que Gallard était, de son temps, le seul qui eût cette opinion. M. Picqué serait dans l'erreur s'il continuait d'en douter.

Un fait que je reprocherai, maintenant, à M. Picqué, c'est d'avoir oublié de dire, dans son rapport, en citant une observation de M. Pinard, que le fœtus que l'on avait extrait était mort. Mais passons.

J'en viens à la critique même des idées émises par M. Picqué. Mon collègue a soulevé, tout d'abord, la discussion sur un point de terminologie qu'il considère comme primordial quand il s'agit du traitement de la grossesse extra-utérine et de l'hématocèle. Je suis en complet désaccord avec M. Picqué sur ce point. Que la distinction dont a parlé M. Picqué ait de l'importance au point de vue nosographique, soit. Mais ce qui nous importe à nous, c'est moins la nosographie que l'indication opératoire. L'indication opératoire et non la nosographie ou la classification, voilà le fait primordial.

Or, puisqu'il faut diagnostiquer avant de classer, que M. Picqué sache bien qu'en fait de grossesse extra-utérine on se trompe souvent. Mais, je le répète, je m'intéresse moins à l'exactitude du diagnostic nosographique, en pareil cas, qu'à l'exactitude du diagnostic opératoire. Je suis donc en désaccord avec M. Picqué, au point de vue de la théorie, mais je ne le suis plus au point de vue pratique.

Ensuite, M. Picqué a fait des considérations sur les préférences que l'on devait avoir pour la mère dans le traitement des grossesses tubaires avancées. Il est évident que la mère doit passer avant l'enfant. Mais je conviens aussi que lorsque l'état de la mère le permet, on a le droit de chercher à sauver l'enfant. Ce sont là des intentions très louables et tout à fait admissibles dans certains cas.

De plus, il m'a semblé entendre dire à M. Picqué que l'hystérectomie vaginale était la conduite à tenir dans les cas, bien spécifiés par lui, de grossesse tubo-interstitielle. Cela me paraît difficile à admettre, attendu que pour faire le diagnostic de grossesse tubo-interstitielle, il faut commencer par faire une laparotomie exploratrice. Cette laparotomie faite et le diagnostic établi, j'avoue qu'il me séduirait de pratiquer l'ablation de la tumeur par le vagin. Mais il faut convenir aussi que ce sont là des faits bien compliqués.

Ces critiques étant faites et ayant, d'autre part, rendu hommage au travail que nous a lu M. Picqué, je voudrais donner quelques idées générales sur le traitement de l'affection qui nous occupe, indiquer les grandes divisions de ce traitement avec les

petits casiers où chacun de nous pourrait faire entrer ses faits personnels.

Je déclare, tout d'abord, que toute affirmation absolue est mauvaise quand il s'agit de grossesse extra-utérine. Tout au plus, peut-on parler comme M. Picqué et considérer des grossesses extra-utérines évoluant normalement, et des grossesses extra-utérines évoluant avec complications. Cette classification peut être excellente, mais il nous en faut une autre, au point de vue pratique.

Voici donc le cadre que je propose, mais convenons, avant tout, j'y tiens absolument, que nous ne parlons ici que de diagnostics non fermement établis et que les indications opératoires sont liées moins à la netteté qu'à la nécessité du diagnostic.

Il y a donc deux grandes divisions dans l'évolution de la grossesse extra-utérine : *a*) la *grossesse avant le cinquième mois*; *b*) la *grossesse après le cinquième mois*.

Avant le cinquième mois, nous rencontrons d'une manière éclatante l'objection posée par MM. Reynier et Lucas-Championnière à la dernière séance. Mais, ici, l'indication opératoire se pose et il faut opérer. Puis, comme nous supposons que cette grossesse n'est pas compliquée de rupture, elle peut se présenter dans deux circonstances :

a) Il y a absence de symptômes, on en a vu des cas. Mais, le plus souvent, il y a, dès le deuxième mois, les symptômes d'une tumeur du petit bassin qui est unilatérale et qui demande l'opération. Il faut faire ici la laparotomie. cela est évident.

b) La grossesse se présente avec des complications. Ou bien il s'agit d'une hémorrhagie intra-péritonéale grave qu'il faut également traiter par la laparotomie; ou bien, il s'agit d'une hématocèle qui s'est produite à la suite d'une rupture. Pour ce dernier cas, j'ai une opinion ferme.

Je crois que l'incision large du cul-de-sac postérieur est une opération merveilleuse. Il m'est arrivé, ainsi, d'extraire des placentas et des fœtus. Mais j'ai déjà dit que je ne rapporterais aucune observation.

A côté de ces cas d'hématocèles, il y a d'autres cas où l'on fait des réserves. On a le droit d'attendre, par exemple, quand on est en présence d'une hématocèle dans la poche de laquelle il se fait des hémorrhagies successives. Mais, même pour cette variété d'hématocèles, je crois qu'il faut faire l'incision rétro-utérine.

Maintenant, ces grossesses extra-utérines peuvent se compliquer de péritonite et de suppuration. Elles sont alors assimilables à des suppurations pelviennes. Dans ces cas exceptionnels, que l'on renouvelle la discussion sur les indications de la laparotomie et de l'hystérectomie, soit. Mais à ceux qui croient mieux de faire l'hystérectomie, je m'empresse de dire que je partage leur opinion.

Après le cinquième mois, je répète, ici encore, pour M. Picqué, que je suis moins préoccupé du diagnostic de l'étiquette que du diagnostic opératoire. Il ne s'agit plus maintenant de savoir si l'on interviendra par l'abdomen ou par le vagin. Tout le monde sait qu'il faut suivre la voie abdominale.

Mais, voici les casiers de cette seconde grande classe de grossesse extra-utérine :

a) D'abord le cas idéal : grossesse à terme, fœtus vivant, on sauve la mère et on retire un enfant vivant. Cela m'est arrivé, mais je conviens que c'est exceptionnel. Le seul point délicat, en pareil cas, c'est de savoir s'il faut attendre le terme de la grossesse et différer l'opération. J'ai déjà dit que cela dépendait de l'état de la mère, je n'y reviens pas.

b) Il s'agit d'un fœtus mort. Ici, pas d'hésitation. Il faut faire la laparotomie. Une petite discussion, cependant, pourrait s'engager sur le fait de savoir comment il faut se comporter quand le fœtus est mort depuis longtemps.

Je sais que, dans ce dernier cas, M. Pinard admet que la lithotomie est supérieure à la laparotomie.

c) Il s'agit de la rupture secondaire d'un kyste fœtal. Ici, la laparotomie. Mais comment se conduire, vis-à-vis du placenta? On est d'avis de l'enlever.

Maintenant, cette grossesse peut se compliquer de rupture, d'hémorrhagie, de suppuration. La laparotomie est l'opération à faire dans tous ces cas.

M. Picqué. — Je ne veux relever qu'un fait : M. Segond insinue que je me suis élevé dans mon rapport contre l'incision vaginale quand, au contraire, je me suis étendu longuement sur elle.

M. Reynier. — Un mot à M. Segond : Si, devant une hématocèle, je fais la laparotomie et non l'incision vaginale, c'est que je me suis trouvé en présence de faits malheureux dont j'ai déjà parlé. Ces faits sont pour moi un enseignement plus utile que tous les succès de M. Segond.

M. Segond. — J'ai fait exprès de ne pas citer de faits personnels et de n'appuyer mon opinion que sur les observations de mes collègues Bouilly, Pozzy, etc.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Présentation de pièces.

APPENDICE ILÉOCÆCAL

M. Brun présente un appendice iléocæcal qu'il a réséqué après une crise légère d'appendicite. Cet appendice renferme trois boulettes fécales. M. Brun dit que le père de son opéré est mort, un an auparavant, d'appendicite perforante. Il insiste sur les appendicites familiales où la plupart des membres d'une même famille succombent à l'appendicite. Il demande si ces notions d'appendicite familiale ne sont pas suffisantes pour déterminer l'ablation de l'appendice aussitôt la première crise d'appendicite.

MM. Routier, Jalaguier, Quénu, Berger citent des cas semblables.

M. Tuffier rapporte aussi des faits de cette nature, et émet l'hypothèse que ces appendicites familiales sont peut-être le résultat d'une malformation congénitale de l'appendice.

UN CAS DE GASTRO-ENTÉROSTOMIE

M. Quénu présente les pièces d'une malade atteinte de cancer du pylore à laquelle M. Sebileau (1) fit, au mois de septembre dernier, une gastro-entérostomie. Au cours de l'opération la branche mâle du bouton de Murphy s'échappa dans l'estomac. Néanmoins, l'opération eut un plein succès. Au mois de décembre, la malade a été prise de vomissements incoercibles. Elle est devenue très cachectique et finalement elle est morte de cachexie cancéreuse.

M. Quénu insiste sur les deux points suivants :

a) Les boutons de Murphy qui tombent dans l'estomac n'apportent aucune gêne au fonctionnement de cet organe ni à la communication créée contre l'estomac et le jéjunum. M. Quénu a déjà rapporté un cas de ce genre. (Voir *Gazette Médicale* du 19 octobre 1895, n° 42.)

b) Les vomissements ultérieurs que la malade a présentés ont été dus à la récidive du cancer et non à l'oblitération de la fistule.

Ostéome de la cuisse.

M. Delorme présente un ostéome de la partie supérieure de la cuisse, développé à la suite d'une rupture musculaire.

Cet ostéome recouvrait le moyen adducteur et il s'insérait à l'union de l'ischion et de la branche descendante du pubis.

M. Bazy présente enfin une pièce de grossesse extra-utérine rompue dans le péritoine et pour laquelle il a pratiqué la laparotomie.

Jean Petit.

(1) Je reviendrai dans un prochain numéro sur cette intéressante observation. P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier.

Folie hépatique.

M. Charrin apporte un nouveau fait de ce genre. Il concerne un homme de 52 ans, atteint de cirrhose hypertrophique, qui eut, parallèlement à une aggravation de son affection du foie, un délire rappelant le délire alcoolique. Ces désordres doivent être rangés dans le groupe des folies auto-toxiques, à côté de la folie brightique.

Exploration de la rate par l'effleurement.

M. Catrin présente deux paludéens retour de Madagascar, porteurs d'une rate très hypertrophiée. Il préconise, comme procédé d'examen de la rate, l'effleurement, qui consiste à placer la main droite dans le flanc gauche, puis, appuyant très légèrement avec la pulpe des doigts, on remonte jusqu'à ce qu'on sente le bord inférieur de la rate. Cette exploration doit se faire le malade étant debout.

Empoisonnement par la créosote.

M. Faisans. — Il s'agit d'une tuberculose soignée par les injections sous-cutanées d'huile créosotée à haute dose (méthode de M. Burlureaux). Au moment des accidents, il avait reçu chaque jour, pendant trois semaines, des doses progressivement croissantes d'huile créosotée au quinzième, de 10 grammes à 140 grammes.

Cette dose fut atteinte le 6 décembre. Ce jour-là, le malade eut des urines noires. On abaissa un peu la dose. Le 9 au matin, on trouva le malade dans un état semi-comateux alternant avec du délire. On sut plus tard que la veille il avait pris lui-même 140 grammes d'huile créosotée. Le malade fut envoyé à l'hôpital le 10, avec le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Lors de son entrée, le malade était toujours dans un état semi-comateux, couché en chien de fusil, avec une hyperesthésie généralisée et du délire; la température était de 36°2. Le lendemain, l reprit un peu connaissance et rendit deux litres d'urine noirâtre. Le 15, il était complètement rétabli.

M. Faisans pensa, dès le début, à une pseudo-méningite toxique, mais ne connaissant rien des circonstances où étaient survenus les accidents, il pensait plutôt à l'empoisonnement par la belladone, à cause de la dilatation considérable des pupilles.

M. Burlureaux a rapporté deux cas d'accidents analogues terminés par guérison.

M. Bourneville présente six myxœdémateux, dont quatre ont été soumis avec bénéfice au traitement thyroïdien. Il a employé le corps thyroïde de mouton haché. La dose habituelle est d'un quart de lobe.

M. Marfan rappelle que le traitement thyroïdien chez les jeunes enfants (au-dessous de 3 ans) est très dangereux; des décès ont été signalés et il a vu lui-même les accidents les plus graves à la suite de l'administration d'une pastille d'extrait thyroïdien. Il est d'avis de ne pas employer ce traitement chez les jeunes enfants.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 janvier.

La culture du pneumocoque dans le sang défibriné.

MM. A. Gilbert et **L. Fournier** donnent le résultat de leurs recherches sur la culture du pneumocoque *dans le sang défibriné liquide* et *solide*.

Dans le *sang défibriné liquide*, la vitalité, la végétabilité et la virulence du pneumocoque se conservent d'une façon remarquable. Seule la couleur du sang défibriné est altérée. Il prend rapidement une couleur lie de vin et plus tard l'aspect du jus de pruneaux. Ces modifications physiques sont liées à la transformation de l'hémoglobine du sang en méthémoglobine. Bien qu'un certain nombre de substances toxiques aient la propriété d'engendrer cette transformation, MM. Gilbert et Fournier annoncent que, d'après leurs expériences, la toxine du pneumocoque ne saurait être mise en cause pour le fait dont il s'agit.

Dans le *sang défibriné solidifié* par la chaleur, le pneumocoque ne forme aucune culture en relief, mais il pénètre dans le milieu nutritif au sein duquel il prolifère activement. Sa vitalité et sa virulence y persistent longuement, mais avec moins d'intensité que dans le sang défibriné liquide. Les modifications de coloration du sang défibriné solidifié diffèrent davantage sous l'action du pneumocoque. Le sang devient rapidement vert, puis jaune chamois. Ce sont là des modifications certainement liées à la prolifération du pneumocoque. Enfin, fait important, les autres organismes, le streptocoque mis à part, végètent en surface comme sur le sérum dans le sang défibriné solidifié et n'exercent, contrairement au pneumocoque, aucune action décolorante.

Il y a donc, en définitive, dans le sang défibriné solidifié, un milieu utilisable pour la culture, la longue conservation de la végétabilité et de la virulence du pneumocoque. Il y a aussi là un élément de diagnostic bactériologique pour ce microbe.

Aspergillose intestinale.

M. Rénon communique le résultat de recherches qui démontrent que, si l'on introduit des spores d'aspergillus fumigatus dans l'organisme d'un lapin, soit par la voie sanguine, soit par la voie gastrique, on reproduit, chez ce lapin, des lésions intestinales semblables à celles qui sont causées par le bacille de Koch.

Lésions pédonculaires infectieuses expérimentales.

MM. Laborde et **Charrin** montrent un lapin qui a reçu de la toxine pyocyanique et qui présente des lésions intéressant vraisemblablement le pédoncule cérébelleux, le pédoncule cérébral et la troisième paire (torsion du cou autour d'un axe vertical passant par le train postérieur avec tendance à la rotation suivant l'axe du corps, pupilles inégales, globes oculaires légèrement convulsés, parfois du nystagmus, hyperesthésie droite, anesthésie gauche, troubles trophiques, oreilles congestionnées).

M. Charrin montre combien ce fait prouve la diversité des lésions centrales ou périphériques que peut créer une toxine. Il explique, en particulier, le désaccord des auteurs qui, à ne considérer que la diphtérie, ont décrit des névrites, des myélites, des modifications des racines des foyers sanguins ou hémorrhagiques. Tous ces auteurs ont bien vu, mais chacun n'a vu qu'une part des accidents possibles. A la vérité, un processus anatomo-pathologique unique ne saurait expliquer l'action d'un agent pathogène quelconque.

Les réflexes patellaires dans les lésions hépatiques.

M. L. Lévi a étudié l'état des réflexes patellaires au cours des lésions hépatiques. Normaux dans 14 cas, ces réflexes ont été abolis dans 8 cas. Cette abolition serait, la plupart du temps, due non à la lésion hépatique, mais à la névrite périphérique d'origine éthylique qui l'accompagne. Une fois, le réflexe droit a été trouvé exagéré et deux fois aboli. Ce sont là des faits à rapprocher de l'œdème hémiplégique droit des affections hépatiques, décrit par M. Hanot.

Blessures expérimentales du cœur.

M. Rodet donne le résultat d'expériences qui démontrent que les piqûres du cœur, les déchirures peu étendues, donnent des

troubles qu'il n'est possible de percevoir que par les appareils enregistreurs.

M. Féré démontre que l'antisepsie de la peau, par les bains de permanganate de chaux, donne des résultats favorables dans le traitement des éruptions iodiques et bromiques.

M. Zuber communique l'observation d'un malade atteint d'une pneumonie et qui a présenté, dans sa convalescence, des abcès à pneumocoques aux points où des injections de benzoate de caféine avaient été pratiquées pendant le cours de sa maladie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 janvier 1896.

Un cas d'emphysème sous-cutané partiel, survenant pendant la période d'expulsion du travail.

M. Macé. — Il s'agit d'une femme de 22 ans, primipare, qui ressentit brusquement, pendant la période d'expulsion, un point de côté violent, siégeant un peu en dedans et en dessous du sein gauche. On constate, à la suite de ce point de côté, de l'emphysème au niveau du cou, de la joue gauche, et de la partie antérieure du thorax gauche. La respiration était de 36 à 44 à la minute, le pouls régulier à 100; la malade se plaignait d'une sensation de constriction très accusée. On fait immédiatement une application de forceps. Enfant vivant de 3,520 grammes. L'emphysème disparut peu à peu les jours suivants; le sixième jour il n'y en avait plus de trace.

L'emphysème sous-cutané est une complication rare du travail et se manifeste presque toujours pendant la période d'expulsion. Il est dû généralement à la rupture de vésicules pulmonaires. Dans le cas qu'il a observé, M. Macé pense que la rupture a eu lieu au point où la malade a ressenti le point de côté; l'air a filé sous la plèvre viscérale, est arrivé au médiastin et de là au cou. De là l'origine de la dyspnée, qu'elle a manifestée de suite, et le nombre des inspirations qui s'est élevé et maintenu de 36 à 44 par minute.

M. Guéniot est d'avis que dès l'apparition de l'emphysème il faut terminer l'accouchement, si l'état de la dilatation le permet, engager la femme à respirer faiblement et surtout à ne pas crier.

M. Petit présente deux instruments : 1° un obturateur vulvaire, à double courant, en caoutchouc durci, pour l'emploi des injections vaginales chaudes; 2° une modification au pessaire intra-utérin de Lefour qui empêche le lien fixateur du pessaire de glisser sur les côtés du col et par conséquent de l'étreindre.

THÉRAPEUTIQUE

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

Traitement de la phtisie et des affections pulmonaires.

Les notions nouvelles sur la bactériologie des affections pulmonaires et de la phtisie, en particulier, ont été très profitables à la thérapeutique de ces affections, moins peut-être parce qu'avec leur aide on a pu préciser la nature du mal, que parce qu'elles ont confirmé les idées théoriques que la clinique avait fait pressentir. Grâce à leur lumière, les affections des bronches et des poumons, de la grippe, et surtout la phtisie pulmonaire, qui représente bien le type des maladies infectieuses à marche plus ou moins chronique, ont été attaquées, sinon avec de nouvelles armes, du moins avec des agents rajeunis, perfectionnés et mieux appropriés. Quelle que soit la valeur séméiologique que l'on attache ici au microbe, il est bien certain qu'il faut tenir compte de deux facteurs : le microbe et le terrain. Le traitement actif, médicamenteux, s'attaque particulièrement au premier, les corroborants, la suralimentation par la poudre de viande et le traitement hygiénique ont pour fonction de fortifier le terrain et de le rendre inaccessible au parasite.

Avant d'avoir compris ces notions, la thérapeutique avait déjà, en quelque sorte, instinctivement divisé ses moyens. Si quelques médecins, accordant une valeur presque exclusive au traitement hygiénique, avaient fait peu de cas de la plupart des médicaments inscrits sur nos formulaires, il faut reconnaître, cependant, qu'un seul d'entre eux avait surnagé, la créosote. Il avait bien fallu que cet agent possédât des propriétés curatives manifestes pour avoir trouvé grâce aux yeux des plus sceptiques.

Depuis les dernières découvertes, le traitement créosoté n'a fait que prendre de la faveur. On a compris qu'il y avait beaucoup à attendre de l'action antiseptique de certains agents introduits dans l'organisme. Dans ces tentatives innombrables, c'est encore la créosote qui l'a emporté.

Faire pénétrer la créosote dans l'organisme, l'en saturer, pour ainsi dire, tel a été le but des efforts de la thérapeutique dans ces derniers temps. Toutes les voies ont été mises à contribution : la voie gastro-intestinale, la voie pulmonaire, la voie sous-cutanée. Nous n'avons pas l'intention de discuter ici les indications qui doivent guider le praticien à choisir l'une ou l'autre de ces voies. Nous ferons seulement remarquer que la voie gastro-intestinale est celle qui sera toujours le plus souvent employée et qui rendra, en somme, le plus de services, comme étant la plus commode et la mieux acceptée.

Tous les malades supportent facilement la créosote pure et bien préparée. Le principal est de n'employer qu'un produit très pur et débarrassé de tous principes irritants.

Sous son influence, les malades voient leur appétit s'accroître ; les digestions sont plus faciles et se font sans développement de gaz, ce qui peut s'expliquer par les propriétés antiputrides et antifermentescibles de cette substance. Les quintes de toux diminuent, surtout la nuit; l'expectoration est plus facile, moins abondante ; parfois elle change de caractère, de purulente elle devient muqueuse, prend une odeur aromatique, surtout après l'usage des hautes doses. L'odeur de l'haleine montre que la créosote s'élimine par les poumons et peut agir directement sur la muqueuse lésée ou sur les surfaces pour modifier ou tarir les sécrétions. D'un autre côté, la fièvre hectique diminue ou cesse par un mécanisme indirect, par suite de la diminution des sécrétions et de l'amélioration des surfaces malades. Le pouls et la respiration diminuent de fréquence, les sueurs persistent rarement.

En général, on observe à la fois une amélioration de l'état local et des phénomènes subjectifs. Les bruits pulmonaires anormaux diminuent, le poids du corps augmente. L'examen des crachats et la recherche des bacilles confirme l'amélioration des symptômes.

Depuis longtemps déjà, M. Trouette-Perret a eu l'heureuse idée d'associer la créosote au baume de Tolu et au goudron, non seulement mélangés, mais émulsionnés entre eux, ce qui en double, pour ainsi dire, l'action, tout en supprimant toute intolérance et toute action irritante. La pureté des produits composants est rigoureuse et absolue.

Le mélange est mis dans de petites capsules appelées Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : chaque capsule contient 5 centigrammes de créosote pure de hêtre et 5 centigrammes de baume de Tolu émulsionnés dans 7 centigrammes et demi de goudron de Norvège ; c'est le meilleur mode d'administration de la créosote, le plus rationnel d'ailleurs et le mieux toléré. Deux ou trois de ces Gouttes Livoniennes, prises à chaque repas, suffisent d'ordinaire pour produire les meilleurs résultats : on augmente ou diminue cette dose, suivant l'état du malade et l'effet à obtenir.

Dr E. Lasnière.

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Nous recevons de l'Association générale des étudiants la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir de publier. P. S.

Monsieur le Directeur,

Les étudiants en médecine, membres de l'Association générale des étudiants de Paris, réunis pour discuter les mesures à prendre à l'égard des étudiants étrangers, se sont arrêtés aux dispositions suivantes :

I. — Les étudiants étrangers, avant de prendre leur première inscription, devront présenter un certificat d'études supérieures, obtenu après examen devant un jury composé de professeurs d'une Faculté française.

II. — Au moment de s'inscrire à la préfecture du département où ils ont l'intention d'exercer, les docteurs en médecine devront déposer :

1° Les pièces établissant leur qualité de Français ;

2° Le diplôme français de docteur en médecine :

3° Tous les diplômes exigés des étudiants français au moment de leur première inscription.

Aucune exception aux dispositions précédentes ne sera admise.

Sur la question de l'entrée des étrangers dans les Facultés françaises, nous avons pensé que l'équivalence accordée dans les conditions actuelles était une garantie insuffisante d'études supérieures et que, d'autre part, il serait exagéré d'exiger des étrangers les diplômes demandés aux étudiants français.

Sur la question de l'exercice de la médecine, nous estimons juste de soumettre les étrangers aux mêmes exigences que les docteurs français. Ils devront, au moment de s'établir, avoir obtenu la naturalisation, qu'il est impossible de leur imposer au moment où ils commencent leurs études, étant donné les conditions exigées par la loi du 26 juin 1889 sur la naturalisation.

« La naturalisation peut être accordée :

1° Après trois ans de domicile autorisé . . . .

. . . .

4° Aux étrangers qui justifient qu'ils résident en France, depuis 10 années sans interruption. »

Nous avons réservé la question des concours, qui relève uniquement de l'Assistance publique de Paris, des municipalités ou d'administrations diverses.

Nous espérons, monsieur le directeur, que vous voudrez bien accorder à notre lettre l'hospitalité de votre journal et nous vous prions d'agréer l'expression de nos respects.

LES MEMBRES DE LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 27 JANVIER AU 1er FÉVRIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Heim. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Reclus, Lejars, Broca. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Straus, Letulle.

Mardi 28 janvier, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Maygrier, Nélaton. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Achard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Berger, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Laboulbène, Proust, Marie.

Mercredi 29 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Tillaux, Walther, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Tuffier, Ricard. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Gilles de la Tourette, Wurtz.

Jeudi 30 janvier, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Le Dentu, Berger, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Duplay, Bar, Albarran. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Charrin, Marfan. — 4e : MM. Debove, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 31 janvier, à 1 heure. — 4e : MM. Ponchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Reclus, Bicard, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Marchand, Broca, Thiéry. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Delbet, Walther.

Samedi 1er février, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Le Dentu, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Chantemesse, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 30 janvier, à 1 heure. — *M. Debains :* Etudes de quelques inconvénients produits par le bicarbonate de soude et en particulier de l'irritation vésicale (MM. Laboulbène, Joffroy, Hutinel, Roger). — *M. Lalande :* Arnaud de Villeneuve ; sa vie ; ses œuvres (MM. Laboulbène, Joffroy, Hutinel, Roger). — *M. Arthus :* Nature des enzymes (MM. Joffroy, Laboulbène, Hutinel, Roger).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours du Bureau central (médecine).

MM. Florand, 16 ; Barbier, 18 1/2 ; Gallois, 17 ; Le Noir, 17 ; Jeanselme, 18 1/2.

La première séance de la quatrième épreuve (deuxième épreuve clinique) a eu lieu vendredi 17 janvier.

Voici la situation respective des candidats en ce qui concerne le nombre total des points obtenus pour chacun d'eux avant cette dernière épreuve : MM. Klippel, 59 ; Toupet, 53 1/2 ; Plicque, 55 ; Barbier, 55 ; Jeanselme, 55 ; Gallois, 54 1/2 ; Triboulet, 54 1/2 ; Bruhl, 54 ; Le Noir, 53 1/2 ; Florand, 52 1/2.

Epreuve clinique. — MM. Toupet, 28 1/2 ; Triboulet, 26 ; Barbier, 28 1/2 ; Plicque, 28.

Concours de l'internat.

Epreuve orale. — MM. Jean Roger, 18 ; Castaigne, 18 ; Véron, 18 ; Terrien, 17 ; Poix, 16 ; Tissier, 17 ; Dartigues, 18 ; Deroyer, 17 ; Grosjean, 18 ; Le Meignen, 14 ; Lenglet, 16 ; Cochemé, 18 ; Farabeuf, 17 ; Audistère, 16 ; Bigart, 19 ; Nicaise, 17 ; Audion, 17 ; Pelisse, 19.

Total des points. — MM. Jean Roger, 47 ; Castaigne, 47 ; Terrien, 46 ; Dartigues, 45 ; Tissier, 43 ; Grosjean, 43 ; Bigart, 43 ; Audion, 43 ; Véron, 42 ; Cochemé, 42 ; Poix, 41 ; Nicaise, 41 ; Deroyer, 40 ; Lenglet, 40 ; Farabeuf, 40 ; Pelisse, 39 ; Audistère, 36 ; Le Meignen, 34.

Nomination définitive. — Le concours s'est terminé par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Veau, Jean Roger, Gbika, Castaigne, Rosenthal, Durrieux, Fernand Monod, Terrien, Rebreyend, Merklen, Deguy, Ferron, Théohari, Maurice Millet, Dupuy-Dutemps, Keim, Dartigues, Griffon, Laroche, Ulmann.

21. Chaillous, Pétron, Alf. Martinet, Druault, Constensoux, J.-C. Roux, H. Tissier, S. Grosjean, Gibert, Grisel, Ardouin, Fontoynont, Roques, Ghéorghiu, Audion, Turner, Bernheim, Bigart, Cadol, H. Herrenschmidt.

41. Coyon, Marcille, Hennecart, Edmond, Mercier, Guibé, Ménier, Mettetal, Guillemot, Luys. Véron.

Voici, classés par ordre de mérite, les noms des candidats nommés internes provisoires.

Ce sont MM. :

1. Emile Weil, Cochemé, Guilbaud, Rudaux, Pédeprade, Fresson, Monthus, Zadok, Guéry, Hivet, de Font-Réaulx, G. Hauser, Poix, Le Dard, Larrieu, Delestre, Jousset, Charles Michaut, Iselin, Tournemelle.

21. Clerc, d'Herbécourt, Nicaise, Léon Sicard, Rastouil, Gaullieur, l'Hardy, Moret, Deroyer, Bacaloglu, Rellay, Masbrenier,

Ungauer, Lenglet, Nimier, Pelisse, Jules Lévy, Thoyer, Minet, Tesson, Celos.

41. Fossard, Georges Lévis, Nollet, Elias, Chastenet, Ballet, Guillemard, Drouard, Adrien Mauger, Maurice Guillot, Gauchery, Benjamin Weill, Audistère.

VARIA

Société de chirurgie.

La séance annuelle de la Société de chirurgie qui devait avoir lieu le 22 janvier est renvoyée à une date ultérieure.

La Société s'est réunie mercredi en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les candidats au titre de membre correspondant.

NOTES POUR L'INTERNAT

VAISSEAUX ET NERFS DU CŒUR

(Suite.)

E. Nerfs.

a) Pneumogastrique.

b) Sympathique.

α Anatomie.

A. Pneumogastrique.

Origine réelle.

Noyau sensitif.

Plancher du quatrième ventricule (colonne grise) ; base de la corne postérieure.

Noyau moteur.

En avant et en dehors du précédent (tête des cornes antérieures.

Origine apparente.

Sillon latéral du bulbe, au-dessous du glosso-pharyngien, au-dessus du spinal.

Trajet.

A partir de son origine apparente, se dirige obliquement en haut et en dehors vers le trou déchiré postérieur. Au delà de ce trou, se dirige de haut en bas, traverse cou, thorax, diaphragme et se termine dans cavité abdominale (plexus solaire).

Rapports.

Jusqu'au trou déchiré postérieur :

Entouré par gaine arachnoïdienne commune aux glosso-pharyngien et spinal.

Dans trou déchiré postérieur :

En avant et dedans du spinal et de la veine jugulaire interne. En arrière du glosso-pharyngien. (Lire Sébileau).

Au cou :

Entre veine jugulaire interne en dehors et carotide primitive en dedans.

Dans le thorax à droite :

En avant de l'artère sous-clavière, puis dans l'angle de l'œsophage et de la trachée, enfin en arrière de la bronche droite et à la face postérieure de l'œsophage.

A gauche : D'abord entre artères carotide primitive et sous-clavière, puis en avant de la crosse de l'aorte, enfin en arrière de la bronche gauche et sur la face antérieure de l'œsophage.

Dans l'abdomen :

A gauche : Face antérieure de l'estomac;

A droite : Face postérieure de l'estomac.

Rameaux pairs :

1° Cervicaux (trois) : supérieurs, moyens et inférieurs passent en avant des gros troncs artériels nés de la base du cœur.

2° Thoraciques (trois) : droits : En arrière de la crosse de l'aorte; *gauches :* En avant de la crosse de l'aorte.

3° Rameaux nés de la face convexe du récurrent :

Droits : Longent face antérieure de la trachée.

Gauches : Aboutissent presque aussitôt au plexus cardiaque.

B. Grand sympathique.

Branches afférentes : *Rami-communicantes* qui relient branches antérieures des nerfs cervicaux aux trois ganglions cervicaux du grand sympathique.

Trajet et rapports.

α Région cervicale :

En arrière de veine jugulaire interne, en dehors du pneumogastrique et de la carotide.

En avant des apophyses transverses des vertèbres cervicales.

β Région thoracique :

Longe colonne vertébrale de la première à la douzième côte. Repose sur la tête des côtes en avant des vaisseaux intercostaux, en arrière de la plèvre.

γ Région lombaire et sacrée :

Face antérieure de la colonne lombaire, en dedans des insertions du psoas, puis face antérieure du sacrum en dedans des trous sacrés antérieurs. Il donne :

Cardiaques supérieurs : Issus du ganglion cervical supérieur.

Cardiaques moyens : Issus du ganglion cervical moyen.

Cardiaques inférieurs : Issus du ganglion cervical inférieur.

Rapports.

A droite : D'abord en arrière de la carotide primitive et du tronc artériel brachio-céphalique, puis entre la crosse de l'aorte et la trachée.

A gauche : En dehors de la carotide, puis en avant de la crosse de l'aorte.

Ces nerfs collatéraux, anastomosés entre eux et avec rameaux du pneumogastrique et du récurrent en différents points de leur trajet constituent :

C. Plexus cardiaque.

Au centre duquel est situé *ganglion de Wrisberg.*

Rapports.

Situé en avant de bifurcation de la trachée. Inscrit dans un quadrilatère limité par :

En bas : Branche droite de l'artère pulmonaire,

En haut : Portion horizontale de la crosse de l'aorte.

A gauche : Cordon fibreux qui remplace le canal artériel du fœtus.

A droite : Portion verticale de la crosse de l'aorte.

De ce plexus naissent :

α Rameaux extracardiaques : Se distribuent à *origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire.*

β Nerfs cardiaques :

Nés des plexus coronaires, présentent sur leur trajet des ganglions et forment un réseau à mailles allongées dont les travées semblent traverser cellules musculaires, suivant leur longueur (Langerhans et Ranvier).

D. Ganglions du cœur.

α Batraciens anoures.

Sur sinus veineux : Ganglion de Remak, pair.

Dans cloison interauriculaire : Ganglion de Ludwig, impair.

Au niveau des orifices auriculo-ventriculaires : Ganglion de Bidder, pair.

β Homme.

Oreillette droite : Ganglion de Remak.

Oreillette gauche : Un ganglion.

Tiers supérieur des ventricules : Ganglion correspondant à celui de Bidder.

Dans ces ganglions, aucun caractère distinctif entre cellules sympathiques et cérébro-spinales chez l'homme (Vignal).

(A suivre.) M.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

SERVICE DES HOPITAUX DE PARIS

Pendant l'année 1896

Hôtel-Dieu.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *G. Sée* (suppléé par M. Charrin).
Chef de clinique : Dr Auscher.
Int. : M. Binot.
Ext. : MM. H. Voisin, Art. Bernard, Bonniot, Miot, Camus, Hernette, Loubet, Souberhielle, Logerot.

M. le professeur *Proust*.
Int. : M. Cavasse.
Ext. : MM. Tathéossian, Morillo, Lourrier, Guénard, Feurtet.

M. le professeur *Cornil*.
Int. : M. Vermorel.
Ext. : MM. Drouet, Jean Robert, Stroheker, Bricet, Gloppe, Mesnard.

M. le docteur *Ferrand*.
Int. : M. Théohari.
Ext. : MM. Dimitrescu, Nafilian, Périetzéanu, Querneau, Raimond.

M. le professeur *Straus*.
Int. : M. Jules Auclair.
Ext. : MM. Montais, Guériteau, Herrenschmidt, Javal, Tridon, Theuveny.

M. le docteur *Audhoui*.
Int. : M. Griffon.
Ext. : MM. Dolbeau, Constantinesco, Heulin.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le professeur *Duplay*.
Chef de clinique : Dr Cazin.
Int. : MM. Pouquet, Ombredanne, Bigeard, Bizé.
Ext. : MM. Aoustin, Braye, Grenet, Guillain, Garoflid, Lemesle, Ch. Roux, Stini, Babonneix.

M. le professeur *Panas*.
Chef de clinique : Terson.
Int. : MM. Samuel Lévy, Le Für, Brin.
Ext. : MM. Scrini, Jeannulatos, Campos, Castan, Jacovidès, Maréchal.

M. le docteur *Polaillon*.
Int. : MM. Keim, Dartigues.
Ext. : MM. Paul Mayer, René Follet, Inglessi, Bobo, Mlle Cohn, M. Zannellis.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr Raymond.
Suppléant : Dr Triboulet.
Int. prov. : M. Célos.
Ext. : M. Poujade.

Chirurgie. — M. le docteur *Demoulin*.
Suppléant : Dr Macquart-Moulin.
Ext. : MM. Guénot, Foisy.

Hôtel-Dieu (Annexe).

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Ménétrier*.
Int. prov. : M. Guilbaud.
Ext. : MM. Balthazard, Masselon, P. Chevalier, Hulleu.

M. le docteur *Duflocq*.
Int. prov. : M. Monthus.
Ext. : MM. Lœvy, Pagniez, Athanasiu, Silvie.

SERVICES D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Varnier*.
Int. prov. : M. Rudaux.
Ext. : MM. Raimondi, Fernique, Marotte.

Hôpital de la Pitié.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *Jaccoud*.
Chef de clinique : Dr Lesage.
Int. : M. Fauquez.
Ext. : MM. Daniel, Stoïcescu, Sikora, del Pozo, Fougères, Chéruy.

M. le docteur *Robin*.
Int. : M. Kuss.
Ext. : MM. René Gaultier, Dupuy, Gamblin, Wateau, Maurage, Hip. Guillot, Bournigault.

M. le docteur *Faisans*.
Int. : M. Gandy.
Ext. : MM. Bron, Auffray, Subercaze, Guisez, Lenormant, Bourgeois, Lajaunie.

M. le docteur *A. Petit*.
Int. : M. Piatot.
Ext. : MM. Viaud-Grand-Marais, Jalabert, Silhol, Houdé, Pochon.

M. le docteur *Babinski*.
Int. : M. Levrey.
Ext. : MM. Pupier, Mirande, Brun, Duval.

M. le docteur *Thibierge*.
Int. : M. Cestan.
Ext. : MM. Morély, Drouin, Guyot, Devignevieille.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le professeur *Berger*.
Chef de clinique : Dr Reblaud.
Int. : Mouchet, Fredet, Marion.
Ext. : MM. Slatinéanu, Justin Sicard, Blandeau, Baup, Huguier, Ordoin, Mettey, Housquains.

M. le docteur *Reclus*.
Int. : MM. Gosset, Wiart, Lardennois.
Ext. : MM. Gougis, Sentex, Anghel, Caubet, Pécharmant, Jataguier.

SERVICE D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Doléris*.
Int. : M. Benoit.
Ext. : MM. Gabriel Sicard, Lefèvre.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr Capitan.
Suppléant : Dr Regnier.
Ext. : MM. Croisier, Le Tellier.

Chirurgie. — M. le docteur *Faure*.
Suppléant : Dr Ehrbardt.
Ext. : MM. Dufour, Calvé.

Hôpital de la Charité.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *Potain*.
Chef de clinique : Dr Teissier.
Int. : M. Nobécourt.
Ext. : MM. Baudelot, Serbanescu, Arnal, Mahu.

M. le docteur *Constantin Paul*.
Int. : M. Rébreyend.
Ext. : MM. Ledue, Ranson, Vast, Mlle Marein, MM. Lalande, Bardon.

M. le professeur *Bouchard*.
Int. : M. Mourette.
Ext. : MM. Berthier, Pitance, Lacaille, Lucius.

M. le docteur *Gouraud*.
Int. : M. H. Tissier.
Ext. : MM. Bratiano, Kermektchieff, Barrault.

M. le docteur *Labadie-Lagrave*.
Int. : M. Magdelaine.
Ext. : M. Roché, Mlle Pariselle, MM. Garin, Roglet.

M. le docteur *Moutard-Martin*.
Int. : M. Dupuy-Dutemps.
Ext. : MM. Ferrari da Grado, Khorassandgi, Gentin, Mircousch.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le professeur *Tillaux*.
Chef de clinique : Dr Rieffel.
Int. : MM. Gesland, Baraduc, Veau.
Ext. : MM. Meuriot, Loiseau, Chifoliau, Alivizatos, Fournié, Léger, Galca.

M. le docteur *Després*.
Int. : MM. Coyon, Guillemot.
Ext. : MM. Parmentier, Moureyre, Barrieu, Crotet.

SERVICE D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Porak*.
Int. M. Siron.
Ext. : MM. Pierre Dumas, Duclos, Ozo, Hémet.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr Gallois.
Suppléant : Dr Springer.
Ext. : MM. Lobligeois, Lecœur.

Chirurgie. — Assistant : Dr Thiéry.
Suppléant : Dr Souligoux.
Ext. : MM. Louis Leroy, Parent.

Hôpital Saint-Antoine.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *Hayem*.
Chef de clinique : Dr Parmentier.
Chef de clinique adjt : Dr Thiroloix.
Int. : M. Lenoble.
Int. prov. : M. Zadok.
Ext. : MM. Thorp, Herscher, Lebmann, J. Heitz, Turquet, Dreyer-Dufer.

M. le docteur *Hanot*.
Int. : M. Kabn.
Ext. : MM. Goujon, Caboche, Quiserne, Duvernoy, Dezirot.

M. le docteur *Letulle*.
Int. : M. Dominici.
Ext. : MM. Janot, Spindler, Prudhomme, Nattan, Bergeron.

M. le docteur *Brissaud*.
Int. : M. Lantzenberg.
Ext. : MM. Mauchamp, Elie Faure, Tissot, Furet.

M. le docteur *Ballet*.
Int. : M. Bodin.
Ext. : MM. Oppenheim, Castin, Bessonnet, Thouvenet.

M. le docteur *Siredey*.
Int. : M. Le Roy.
Ext. : MM. Hélie, Goupille, Emile Coudert, Sallé, Balli.

M. le docteur *Lermoyez*.
Int. : M. Griner.
Ext. : MM. de Lorgeril, Armand Moret, de Gorsse, Poirson.

M. le docteur *Gaucher*.
Int. lauréat : M. Sergent.
Int. : M. Villière.
Ext. : MM. May, Lacapère, Letellier, Barbarin.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *Monod*.
Int. : MM. Chabry, Fd. Monod, Vanverts.
Ext. : MM. Pestemalzoglu, Alexandre, Bonnet, Courtellemont, Glin, Roux.

M. le docteur *Blum*.
Int. : MM. Blanc, Termet, Vouzelle.
Ext. : MM. Bisch, Wegbecher, Couillard, Neveu, Mlle Tobolowska, M. Bourgain.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr Lyon.
Int. prov. : M. Hauser.
Ext. : MM. Desmaroux, Dezon.

Chirurgie. — M. le docteur *Walther*.
Suppléant : Dr Conzette.
Ext. : MM. Lochelongue, Chalochet, Schwob, Pierrot.

Hôpital Necker.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Cuffer*.
Int. : M. Chevereau.
Ext. : MM. Veeck, Baranger, Maucotel, Aubert.

M. le docteur *Huchard*.
Int. : M. Baillet.
Ext. : MM. Maury, Zacchiri, Letourneur, Vassaux.

M. le docteur *Rendu*.
Int. : M. Funck-Brentano.
Ext. : MM. Posth, Leraitre, Labbé, Brusset, Tixier.

M. le professeur *Dieulafoy*.
Int. : M. Apert.
Ext. : MM. Mousseaux, Matza, Leven, Bizet, de Rothschild.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le professeur *Le Dentu*.
Chef de clinique : Dr Brodier.
Int. : MM. Guinard, Raymond Petit, Proust.
Ext. : MM. Arnoux, Cuqu, Joseph Girard, F. Le Sourd, Louis Le Sourd, Godineau, Watelet, Thiollier.

M. le professeur *Guyon*.
Chef de clinique : Dr Chevallier.
Int. lauréat : M. Banzet.
Int. : MM. Escat, Pasteau, Imbert.
Ext. : MM. Brécy, Guessarian, Paquet, Le Masson, Hanotte, Barbin, Motz.

M. le docteur *Routier*.
Int. : MM. Diriart, Chauvel.
Ext. : MM. Desjardins, Chauveau, de Milly, R. Meyer, Girod.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr Weber.
Suppléant : Dr Charrier.
Ext. : MM. Ertzbischoff, Poulain.

Chirurgie. — M. le docteur *Albarran*.
Suppléant : Dr Glantenay.
Ext. : MM. Saint-Cène, Larigaudry.

Hôpital Cochin.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Chauffard*.
Int. : MM. Froussard, Lejonne, Viollet, Lereboullet, Malméjac, Ravaut, Margnat.

M. le docteur *Richardière*.
Int. : M. Faitout.
Ext. : MM. Morlet, Cistrier, Gouffier, Courtois.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *Schwartz*.
Int. : MM. Mermet, Lacour.
Ext. : MM. Mathé, Esmonet, Reyt, Ferry, Pertat.

M. le docteur *Quénu*.
Int. : MM. Lenoir, Schmid, Robineau.
Ext. : MM. Guerlain, Jully, Goudard, Mutzner, Lustgarten, Faraut, Schultz.

M. le docteur *Bouilly*.
Int. : MM. Demantké, Planque.
Ext. : MM. Gabory, Guéniot, Saias.

SERVICE TEMPORAIRE DE MÉDECINE

Int. prov. : M. Iselin.
Ext. : MM. Audard; Baudrand.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — M. le docteur *Lebreton*.
Int. prov. : M. Lenglet.
Ext. : M. Alquier.

Chirurgie. — M. le docteur *Sebileau*.
Suppléant : Dr Wassilieff.
Ext. : MM. Adrien Monod, Sibut, Asselineau, Leb.

Hôpital Beaujon.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Fernet*.
Int. : M. Derocque.
Ext. : MM. Nicolaïdi, Planchon, Bouvet, Baron.

M. le docteur *Rigal*. (Suppléé par M. Dalché.)
Int. : M. Mortagne.
Ext. : MM. Labey, Rivet, Guilmard, Hurtaud, Paris, Arago.

M. le professeur *Debove*.
Int. : M. Bensaude.
Ext. : MM. Mulon, Gleize, Perrée.

M. le docteur *Troisier*.
Int. : M. Athanase Sicard.
Ext. : MM. Mouille, Bizard, Tardif.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *B. Anger*.
Int. : MM. Ferron, Lorrain.
Ext. : MM. Nazare-Aga, Derome, Maire, Henry, Cocural.

M. le docteur *Th. Anger*.
Int. : MM. Auclair, Bonamy.
Ext. : MM. Bouteillier, Fromageot, Foulon, Fonvielle, Magnan, Bufnoir.

M. le docteur *Lucas-Championnière*.
Int. : MM. Angélesco, Barrozzi.
Ext. : MM. Culianu, Poulain, Lebœuf, Durand-Viel, Beaugrand, Geoffroy-Saint-Hilaire, Zimmern, Mauger.

Il existe une salle de chirurgie pour les chroniques :
Int. prov. : M. Le Dard.
Ext. : Mme Monnier.

SERVICE D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Ribemont-Dessaignes*.
Int. : M. Bouchacourt.
Ext. : MM. Lourdin, Bluysen.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — M. le docteur *Launois*.
Suppléant : Dr Soupault.
Int. prov. : M. Detestre.
Ext. : MM. Cartier, Wahl.

Chirurgie. — Assistant : Dr Jarjavay.
Suppléant : Dr Bernard.
Ext. : MM. Pierreson, Ramond.

Hôpital Lariboisière.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Duguet*.
Int. : M. Edm. Fournier.
Ext. : MM. Delabost, Lipmann, Charpentier, Palle, Gosselin.

M. le docteur *Gouguenheim*.
Int. : M. Desveaux.
Int. prov. : M. de Font-Réaulx.
Ext. : MM. Gotzet, Bouchard, Heuzard, Percheron, Dubost, Ratinski, Grosjean, de Nittis.

M. le docteur *Landrieux*.
Int. : M. Emery.
Ext. : MM. Mercier, Rousseau, Jacowski, Briens, Salmon.

M. le docteur *Dreyfus-Brisac*.
Int. : M. Long.
Ext. : MM. Gil, Laubry, Balencie, Lévy-Valency, A. Richard, André Weil, Tesseire.

M. le docteur *Tapret*.
Int. : M. Macrez.
Ext. : MM. Tintrelin, Verdin, Dardel, Compoint.

M. le docteur *Muselier*.
Int. : M. Papillon.
Ext. : MM. Lauviller, Millot, Cathala, Levesque.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *Périer*.
Int. : MM. Page, Cottet.
Int. prov. : M. Larrieu.
Ext. : MM. Dauphin, Léonce Robert, Druelle, Guieysse, Roubaud, Le Gambier, Deyber, Carret.

M. le docteur *Delens*.
Int. : MM. Terrien, Guillemin.
Ext. : MM. Ehrmann, Jacques Thomas, Andiganne.

M. le docteur *Peyrot*.
Int. : MM. Leblanc, Pissavy.
Ext. : MM. Coustols, Pamard, Férouelle, Gadaud, Vivier.

M. le docteur *Reynier*.
Int. : MM. Fauvel, Estrabaut.
Ext. : MM. Salmon, Maurice Heitz, Savignat, Schwanhardt, Geraudel, Nikonoff.

SERVICES D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Maygrier*.
Int. : M. Le Damany.
Ext. : MM. Noisette, Michel, Dériaud, Guillermin.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr P. Tissier.
Suppléant : Dr Létienne.
Int. prov. : M. Chastanet.

Ext. : MM. Quentin, Bertrand.

Chirurgie. — M. le docteur *Beurnier*.
Suppléant : Dr Manson.
Ext. : MM. Royer, Lecornu.

Hôpital Tenon.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Talamon*.
Int. : M. Louis Guillemot.
Ext. : MM. Richard, Rabant, Mme Tylicka, MM. A. Voisin, Houselot, Brodier.

M. le docteur *Brault*.
Int. : M. Riche.
Ext. : MM. Roche, Brunel, Linard, Montignac, Ozanne.

M. le docteur *Barié*.
Int. : M. Got.
Ext. : MM. Manuel, Abram, Bernard, Clément.

M. le docteur *Hirtz*.
Int. : M. Lesne.
Ext. : MM. Germond, Félizet, Monel, Rey.

M. le docteur *H. Martin*.
Int. : M. André Martin.
Ext. : MM. Latteux, Mouchotte, Paul Petit, Lebard.

M. le docteur *Galliard*.
Int. : M. Milian.
Ext. : MM. Ombredanne, H. Bernard, Marchand, Robillard, Thoizon.

M. le docteur *Delpeuch*.
Int. : M. Sainton.
Ext. : MM. Lebel, Halberchtadt, Marty, Dutar, Vaslet de Fontaubert.

M. le docteur *Boucy*.
Int. : M. Berthérand.
Ext. : MM. Retournard, Huguet, Langlois, O'Followell, Vassal.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *Félizet*.
Int. : MM. Branca, Lombard, Rosenthal.
Ext. : MM. Combret, Lemaître, Mermier, Friaque, Lorot, Briais.

M. le docteur N.
Int. : MM. Ravanier, Batigne, Wintrebert.
Ext. : MM. Chambon, Charles Roche, Picart, Agavnian, Masson, Malterre.

M. le docteur *Gérard-Marchant*.
Int. : MM. Herbet, Zeimet, Ouvry.
Ext. : MM. Tueffer, Fachatte, Calais, Lachâtre, Lœper, Jacomet.

SERVICES D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Champetier de Ribes*.
Int. : M. Baron.
Ext. : MM. Gombault, Louis Monod, Forestier.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr Duplaix.
Int. prov. : M. Drouard.
Ext. : M. Debienne.

Chirurgie. — Assistant : Dr Ischwall.
Ext. : MM. Cormier, Bertier.

Hôpital Laënnec.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *Landouzy*.
Int. : M. Josué.
Ext. : MM. Leroy des Barres, Fortunet, Boucher, Gauthier, Aribat, Schwartz, Bernard.

M. le docteur *Gingeot*.
Int. : M. Deguy.
Ext. : MM. Barre, Remoussenard, Resibois, Menu, Gauckler.

M. le docteur *Oulmont*.
Int. : M. Hermary.
Ext. : MM. Ménachem, Aron, Attal, Dufour-Labastide, Blottières.

M. le docteur *Merklen*.
Int. : M. Venot.
Ext. : MM. Grivot, Dévé, Touriet, Legroux, Jacob Lortat.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Nicaise*.
Int. : MM. Claisse, Héresco.
Int. prov. : M. Nicaise.
Ext. : MM. Français, Gouraud, Couvelaire, Berlin, Milanoff, de Combaref.

SERVICE TEMPORAIRE DE MÉDECINE

Int. prov. : M. Poix.
Ext. : MM. Cotar, Raulin, Léfas, Léo, Sauvage, Georges Lelong.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr de Grandmaison.
Suppléant : Dr Aviragnet.
Ext. : MM. Kendirdgy, Cathelin.

Chirurgie. — Assistant : Dr Villemin.
Suppléant : Dr Benoît.
Ext. : MM. Riou, Marais.

Hôpital Saint-Louis.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *Fournier*.
Chef de clinique : Dr N.
Int. : MM. Brouardel, Canuet.
Ext. : MM. Alglave, Deschamps, Husson, Barasch, Jean Monod.

M. le docteur *Besnier*.
Int. : M. Rist.
Ext. : MM. Chicotot, Boricaud, Eug. Leroy, Sorre.

M. le docteur *Hallopeau*.
Int. : M. Bureau.
Int. prov. : M. Jousset.
Ext. : MM. Vassor, Bony, Boury, Faivre.

M. le docteur *Tenneson*.
Int. : M. Martinet.
Ext. : MM. Blandin, Bergouignan, Béneteau, Roy, Charpentier, Bonfils.

M. le docteur *Du Castel*.
Int. : M. Jacobson.
Ext. : MM. Vangeon, Saurain, Chalmette, Girbel.

M. le docteur *Danlos*.
Int. : M. Decloux.
Ext. : MM. Berton, Mlle Romanescu, MM. Decorse, Robin.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *Marchand*.
Int. : MM. Tissier, Junien-Lavillauroy, Roger.
Ext. : MM. Valençon, Valle, Ignard, Peyre, Maeryscostas, Mouthon.

M. le docteur *Richelot*.
Int. : MM. Pauchet, Laurens, Pochon.
Ext. : MM. Kahn, Bernard, Viard, Toupart, Rinuy, Coronat.

M. le docteur *Nélaton*.
Int. : MM. Coquelet, Cunéo, Coville.
Ext. : MM. Lenoble, Vallat, Chardin, Lamouroux, Cherbétian, Trémolières, Mauban.

SERVICE D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Bar*.
Int. : M. Boquel.
Ext. : MM. Gaudeffroy, Lozé, Deslandes, Pasquet.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Chirurgie. — M. le docteur *Leguen*.
Suppléant : Dr Reynauld.
Ext. : MM. Lihou, Crouzon.

Hôpital des Enfants-Malades.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *Grancher*.
Chef de clinique : Dr Boulloche.
Int. : M. Philippe.
Ext. : MM. Lagrange, Cabrol, Milhiet, Denys, Zamfiresco.

M. le docteur *Jules Simon*.
Int. : MM. Paul Boncour, Emile Lévy.
Ext. : MM. Laclautre, Emmerich, Olgiati, Bourgeois, Mignon.

M. le docteur *Descroizilles*.
Int. : M. Marcel Garnier.
Ext. : MM. Deck, Hugé, Beaujard, Géraud.

M. le docteur *d'Heilly*.
Int. : MM. Fromagot, Cugnin, Dubois, Manet, Picandet.

M. le docteur *Moizard*.
Int. : M. Rabé.
Ext. : M. Polle, Mme Servant, MM. Costinesco, Fraleu.

M. le docteur *Sevestre*.
Int. : M. René Petit.
Ext. : MM. Salles, Wihault, Ganault, Bigot.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *de Saint-Germain*.
Int. : MM. Ulmann, Grisel.
Ext. : MM. Ligerot, Detot, Sabatié, Genton, Bertrand, Brocard, Dardeau.

M. le docteur *Brun*.
Int. : MM. Maurice Chaillous, Desfosses.
Ext. : MM. Demaldent, Michaux, Assicot, Diel, Darbois.

Hôpital Trousseau.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Comby*.
Int. : M. Frenkel.
Ext. : MM. Schachmann, Choyau, Ferester, Delthil, Weinberg.

M. le docteur *Josias*.
Int. : MM. Schaefer, Roux.
Ext. : MM. Latruffe, Dardelin, Robert, Marchais, Rodiet.

M. le docteur *Netter*.
Int. : MM. Carnot, Salmon.
Ext. : MM. Weil, Le Meignen, Cahen, Dide, Popesco.

M. le docteur *Variot*.
Int. M. Bayeux, Ghika.
Ext. : MM. Dieupart, Dupau, de Maio, Audebal.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le professeur *Lannelongue*.
Int. : MM. Courtillier, Baudet.
Int. prov. : M. Weil.
Ext. : MM. Pasquier, Méheut, Legrand, Grégoire, Paul Renault, Mlle Waitz, MM. Millien, Guihal.

M. le docteur *Jalaguier*.
Int. : MM. Pascal, Cange.
Ext. : MM. Ameline, Lachouille, Brousse, Champion.

Hôpital Bichat.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Lacombe*.
Int. : M. Constensoux.
Ext.: MM. Boureau, Touchard, Raoux, Kassahoff, Leclerc.

M. le docteur *Roques*.
Int. : M. Turner.
Ext. : MM. Guyotte, Wéber, Chevrey, Brinon, Capart.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le professeur *Terrier*.
Int. :MM. du Bouchet, Paquy, Dujon.
Ext. : MM. Bernard, Prat, Arloing, Stanculéanu, Bentz, Ripault.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — M. le docteur Barbier.
Suppléant : Dr Pineau.
Int. prov. : M. Guillemard.
Ext. : M. Bluzat.

Chirurgie. — Assistant : Dr Péraire.
Suppléant : Dr Reymond.
Ext. : MM. Soulier, Sudaka.

Clinique d'accouchements.

M. le professeur *Tarnier* (suppléé par M. Bar).
Chef de clinique : Dr Dubrisay.
Ext. : MM. Orlowski, Solly, Rabaud, Chevallier, Costin, Briançon.

Clinique Baudelocque.

M. le professeur *Pinard*.
Chef de clinique : Dr Bouffe de Saint-Blaise.
Ext. : MM. Cels, Bastard, Caillard, Clavaud-Ribourgeon, Asselin, Palas.

Hôpital Broussais.

M. le docteur *Barth*.
Int. : M. Martin.
Ext. : MM. Traverse, Chenal, Legros, Danzats, Ribierre.

M. le docteur *Gilbert*.
Int. M. Grenet.
Ext. : MM. Berthe, Morichau-Beauchant, Lamoureux, Petit, Schutzenberger.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Campenon*.
Int. : MM. Bellot, Morel.
Ext. : MM. Signeux, Demerson, Herpain, Wildenstein, Coudray.

SERVICES DES CONSULTATIONS

Médecine. — M. le docteur *Wurtz*.
Suppléant : Dr Ad. Laffitte.
Ext. : MM. Besredka, Bellin.

Chirurgie. — Assistant : Dr Morestin.
Suppléant : Dr Malherbe.
Ext. : MM. Mascarel, Héron de Villefosse.

Hôpital Broca.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *de Beurmann*.
Int. : M. Ghéorghiu.
Ext. : MM. Ducroquet, Milon, Poutchkow, Moulon, Chalret du Rieu, Juquelier, Duc-Dodon.

M. le docteur *Renault*.
Int. : M. Bigard.
Ext. : MM. Mannoni, Wagon, Fossier, Le Couëdic, Vaillant.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Pozzi*.
Int. : MM. Collinet, Beaussenat, Caboche.
Ext. : MM. Mercereau, Gosselin, Ferrand, Mihaïlesco, Boissier, Regnard.

SERVICE DES CONSULTATIONS

Chirurgie. — Assistant : Dr Jayle.
Ext. : MM. de Lacroix, Willard.

Maison municipale de santé.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Œttinger*.
Int. : M. Mercier.
Ext. : MM. Coudert, Pauly, Colard.

M. le docteur *Le Gendre*.
Int. : M. Delmond-Bébet.
Ext. : MM. Poulard, Girard, Rivalta.

SERVICES DE CHIRURGIE

M. le docteur *Picqué*.
Int. : MM. Barnsby, Macé.
Ext. : MM. Maudemain, Laugier, Gerbaud, Bargy.

M. le docteur *Tuffier*.
Int. : MM. Dujarier, Marchais.
Ext. : MM. Rouquet, Mauté, Piedvache, Gouheau.

Hôpital des Enfants-Assistés.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Hutinel*.
Int. : MM. Lévi, Labbé.
Ext. : MM. André, Gennet, Martiрené, Charpentier, Talandier.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Kirmisson*.
Int. : MM. Pétron, Ardouin.
Ext. : MM. Clermont, de Clomesnil, Heller, Carlon, Dionis du Séjour.

Hôpital Andral.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Mathieu*.
Int. : MM. Descazals, Delamarre.
Ext. : MM. Mercier, Chantemille, Le Maguet, Métivier, Lévy.

SERVICE DES CONSULTATIONS

Médecine. — Assistant : Dr Polguère.
Ext. : MM. Barbet, Nass.

Hôpital de la Maternité.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Charrin*.
Int. : M. Millet.

SERVICE D'ACCOUCHEMENTS

M. le docteur *Budin*.
Int. : MM. Chéron, Gibert.

Hôpital Ricord.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Mauriac*.
Int. : M. Fontoynont.
Ext. : MM. Brès, Merlet, Henriot.

M. le docteur *Balzer*.
Int. : M. Druault.
Ext. : MM. Millon, Blondin, Paul Dupuy.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Humbert*.
Int. : M. Hepp.
Ext. : MM. Giffard, Louste, Lambert, Manheimer.

Hôpital de la Salpêtrière.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le professeur *Raymond*.
Chef de clinique : Dr J.-B. Charcot.
Int. : MM. Claude, Gasne, Maurice Faure.
Ext. : MM. Margouliès, Bonnard, Ferrand, Monier, Rogier, Mlle Kachpérow, MM. Delamarre, Petresco.

M. le docteur *Déjerine*.
Int. : M. Thomas.
Int. prov. : M. Michaut.
Ext. : MM. Glinéanu, Ingelrans, Noïca, Rivier, Tassigny.

M. le docteur *A. Voisin*.
Int. : M. Bernheim.
Ext. : MM. Battier, Delherm.

M. le docteur *Falret*.
Int. : M. Audion.
Ext. : M. Lalanne.

M. le docteur *J. Voisin*.
Int. : M. Roques.
Ext. : MM. Adeline, Genévrier.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Segond*.
Int. : MM. Chauveau, Lapointe.
Ext. : MM. Millet, Hanot, Meunier, Katz.

SERVICE DES CONSULTATIONS

Chirurgie. — Assistant : Dr Chipault.
Ext. : MM. Sersiron, Desvaux.

Hospice de Bicêtre.

SERVICES DE MÉDECINE

M. le docteur *Marie*.
Int. : M. Jolly.
Int. prov. : M. Pédeprade.

M. le docteur *Bourneville*.
Int. : MM. Mettetal, Luys.
Int. prov. : M. Pelisse.

M. le docteur *Charpentier*.
Int. : M. Marcille.
Int. prov. : Andistère.

M. le docteur *Deny*.
Int. : M. Edmond Mercier.
Int. prov. : M. Gaullieur l'Hardy.

M. le docteur *Féré*.
Int. : M. Herrenschmidt.
Int. prov. : M. Weill.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Bazy*.
Int. : MM. Durieux, Joseph Chaillous.
Int. prov. : M. Cochemé.

Hospice d'Ivry.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *A. Gombault*.
Int. : M. Castaigne.
Int. prov. : M. Rastouil.
Ext. : M. Legrand.

SERVICE DE CHIRURGIE

M. le docteur *Michaux*.
Int. : M. Bonnet.
Int. prov. : M. Hivet.
Ext. : M. Bacquelin.

Hospice des Ménages.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Marfan*.
Int. M. Bernard.
Int. prov. : M. Moret.
Ext. : M. Cury.

Hôpital Hérold.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Gilles de la Tourette*.
Int. : M. Haury.
Int. prov. : M. d'Herbécourt.
Ext. : MM. Bonnemaison, Tabary, Collard, Moulin, Dumas.

Hôpital d'Aubervilliers.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Roger*.
Int. : M. Comte.
Int. prov.: M. Tournemelle.
Ext. : MM. Malartic, Blivet, Ball, Bertrand, Hentgen.

Hospice Debrousse.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Béclère*.
Int. prov. M. Ungauer.

Hôpital du Bastion 29.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Chantemesse*.
Int.: M. Terrien.
Ext.: MM. Degorce, d'Avellar, Ménétrel, Launay, Bouzanquet.

Institution Sainte-Périne et Maison Chardon-Lagache.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Giraudeau*.
Int.: MM. Cadol, Hennecart.

Maison de la Rochefoucauld.

SERVICE DE MÉDECINE

M. le docteur *Brocq*.
Int. : M. Hallé.
Ext.: MM. Legay, Simou.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 5 1er Février 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite.)

Second point. — L'herpès constitue presque invariablement, presque exclusivement, une affection symptomatique.

Cela veut dire que dans la presque universalité des cas l'herpès apparaît comme symptôme d'une autre maladie ; se rattachant, en tant que phénomène morbide, à un autre état morbide, dont il est, pour ainsi dire, un épiphénomène.

L'herpès, en effet, n'apparaît que très rarement, très exceptionnellement, sous la forme idiopathique, comme constituant seul un état morbide.

L'herpès maladie, ayant en lui seul et par lui seul sa raison d'être, est presque une abstraction. On l'admettait autrefois sous cette forme, mais on n'y croit plus guère aujourd'hui. A mesure qu'il a été mieux étudié, que sa pathogénie a été mieux analysée, l'herpès idiopathique s'est restreint de fréquence, parce qu'on découvrait sa relation avec d'autres états morbides, lui servant d'origine. Aujourd'hui, l'herpès ne constitue plus guère qu'un épiphénomène, et il est presque toujours considéré comme une affection symptomatique.

De quoi donc est-il symptomatique? C'est là ce qu'il nous faut actuellement étudier, et nous abordons ici la partie la plus importante de ce sujet.

DIVISION

Quand on analyse avec soin les diverses conditions dans lesquelles se produit l'herpès, on arrive à ce résultat que :

1° Tantôt l'herpès se manifeste comme un accident isolé, éventuel, qui se produit une fois, mais qui, de par soi, n'a pas tendance à se reproduire, à moins qu'il n'y soit provoqué par les répétitions des mêmes causes accidentelles :

2° Tantôt il se produit sous forme itérative, à la façon d'une manifestation constitutionnelle, c'est-à-dire d'une manifestation qui trouve, dans une disposition permanente de l'organisme, la raison même de se renouveler, de se répéter, avec ou sans l'appoint auxiliaire d'une cause occasionnelle incidente.

En d'autres termes, tantôt l'herpès est un accident qui se produit une fois, par hasard, sous l'impulsion d'une cause accidentelle, éventuelle ; tantôt, c'est un accident qui apparaît une série de fois comme expression d'une cause organique, stable, permanente ; d'une diathèse.

En un mot, il y a deux espèces d'herpès : l'*herpès accidentel isolé ;* l'*herpès constitutionnel à récidive.*

I. — HERPÈS ACCIDENTEL

Examinons d'abord l'herpès apparaissant d'une façon éventuelle sous l'impulsion d'une cause morbide incidente.

Les cas qui composent ce premier groupe sont nombreux et variés. Et tout naturellement ils se divisent en deux catégories :

Dans les uns, l'herpès est le symptôme d'une affection ou d'un état organique local.

Dans les autres, l'herpès est le symptôme d'un trouble général de l'économie, d'une maladie générale.

α Herpès par trouble local.

Comme exemple d'herpès traduisant un trouble local, il convient de citer tout d'abord le plus simple de tous :

L'herpès traumatique.

Cet herpès traumatique est l'herpès qui se développe à propos et sous l'influence évidente d'un traumatisme, et d'un traumatisme quelconque, soit accidentel, soit chirurgical.

Les exemples en sont nombreux : Un individu reçoit un coup sur le coude ; quelque temps après, une éruption d'herpès se produit sur l'avant-bras. Un homme reçoit une balle à la cuisse ; une éruption d'herpès se montre à plusieurs reprises sur la cuisse, après la guérison de ces

blessures. Un malade est opéré d'une tumeur sous-maxillaire ; il s'ensuit un herpès de la face. Un malade est opéré d'une tumeur du sein: survient un herpès labial et thoracique. Un malade est amputé de la cuisse; survient un herpès du moignon.

Nombreux sont les cas sur lesquels M. le professeur Verneuil avait appelé l'attention dans ces derniers temps, et M. le docteur Maupetit en a réuni un grand nombre dans son intéressante thèse.

Comment expliquer les faits de ce genre; quelle interprétation doit-on donner à l'herpès traumatique?

Très vraisemblablement ces herpès sont la conséquence de névrites ou de périnévrites. Plusieurs cas, en effet, observés par MM. Charcot, Brown-Séquard, Duret (thèse de Tremblez), etc., ont nettement établi la relation de divers phénomènes éruptifs, notamment d'herpès, avec des états pathologiques des cordons nerveux.

Un des plus fréquents parmi les herpès se rattachant à une affection locale est, sans contredit :

L'herpès blennorrhagique. — D'une façon excessivement commune, l'herpès apparaît comme épiphénomène de la blennorrhagie, et cela, dès le premier jour de l'écoulement.

Ce fait se traduit en pratique de la façon suivante : Un malade vient consulter son médecin pour une blennorrhagie naissante. Le premier examen ne vous révèle qu'une chose, la blennorrhagie. Mais 2, 3, 4, 5 jours après, le même malade accourt, éperdu, effaré, et vous annonce que sa blennorrhagie s'est compliquée de l'apparition de chancres. Un nouvel examen vous révèle que ces prétendus chancres ne sont le plus souvent qu'une éruption d'herpès.

Parfois la même éruption d'herpès se reproduit à chaque blennorrhagie; le fait est bien connu des malades sujets aux récidives blennorrhagiques.

Herpès de la vaginite. — Ce que fait la blennorrhagie chez l'homme, la vaginite le fait également chez la femme. L'urétrite et la vaginite s'accompagnent très fréquemment d'herpès vulvaire.

Herpès du viol. — De même l'herpès est un épiphénomène fréquent des lésions du viol, des attentats à la pudeur commis sur de jeunes enfants.

Les cas de ce genre ne sont pas rares à Lourcine; et les médecins de cet hôpital, qui soignent plus particulièrement les petites filles et même les tout jeunes enfants qui ont été victimes de viol consommé ou d'attouchements criminels, ont maintes et maintes fois l'occasion de constater cette variété d'herpès symptomatique.

Herpès satellite du chancre. — Il n'est pas rare que le chancre syphilitique naissant se complique d'herpès. Or, il faut bien se rappeler ici que le chancre syphilitique est très souvent une petite lésion superficielle, essentiellement bénigne d'aspect, se rapprochant de l'herpès à ce point qu'une de ses variétés fréquentes a reçu le nom de chancre herpétiforme. De là cette conséquence possible qui se produit fréquemment en pratique : Un malade affecté à la fois de chancre et d'herpès va consulter un médecin; le médecin reconnaît l'herpès à des signes non douteux, à des vésicules encore subsistantes, par exemple. Il conclut à l'herpès et rassure le malade, n'ayant pas vu ou plutôt n'ayant pas reconnu le chancre. Cette grave erreur tient à ce qu'il n'avait pas présent à l'esprit la coïncidence toujours possible de deux espèces morbides *in situ*, à savoir : le chancre et l'herpès.

Chez la femme, notamment, l'herpès vulvaire est souvent symptomatique d'un chancre syphilitique. Sur la moitié environ des cas de chancre du col utérin qui se sont présentés à notre observation, il existait coïncidemment une éruption herpétique vulvaire. Il faut tirer de ceci cette conclusion : qu'un herpès vulvaire entraîne la nécessité absolue d'appliquer le spéculum et d'examiner l'état du col.

Herpès menstruel. — Il n'est pas nécessaire toujours que l'herpès soit sollicité à se produire par une excitation morbide locale. Parfois, une excitation physiologique, naturelle, est suffisante.

C'est ainsi que la congestion utéro-ovarienne, qui accompagne les règles, est l'occasion, chez nombre de femmes, d'une éruption herpétique vulvaire, connue sous le nom d'herpès menstruel.

Il est des femmes qui sont fréquemment affectées d'herpès vulvaire à propos et sous l'influence évidente de leurs règles. C'est là ce qu'elles appellent le « bouton de règles ».

Il est même des femmes qui, pendant plusieurs années, et même pendant presque toute la durée de leur vie menstruelle, sont affectées d'herpès à chaque retour des règles.

Cet herpès menstruel se produit presque toujours à la vulve, mais il peut se manifester ailleurs. On l'a vu se reproduire sur la région sacro-lombaire pendant cinq ans, à chaque période menstruelle.

Le professeur Verneuil a cité le cas d'une jeune fille qui, depuis deux ans, avait, à chaque période menstruelle, un herpès du cou.

Nous avons connu, dans notre pratique personnelle, une jeune fille chez qui se manifestait une angine herpétique à chaque retour des règles.

Telles sont, et beaucoup d'autres encore, les conditions locales qui peuvent servir d'appel à l'éruption herpétique. Tel est l'herpès symptomatique de troubles morbides locaux.

β *Herpès par trouble général.*

Mais, en d'autres cas, l'herpès se produit à propos d'un trouble général de l'économie.

C'est ainsi que, très fréquemment, on le voit apparaître à l'occasion d'un état fébrile.

Herpès fébrile. — Citons comme tel l'herpès qui se produit d'une façon si banale, l'herpès labial, que chaque personne, assurément, a éprouvé une ou plusieurs fois à propos d'une fièvre éphémère, d'un embarras gastrique fébrile, d'une synoque.

Herpès de la pneumonie et autres affections fébriles. — Citons comme tel l'herpès pneumonique. Rien de commun comme l'herpès qui se produit soit aux lèvres, soit plus rarement aux narines, dans les premiers jours d'une fluxion de poitrine et, chose curieuse, dans la pneumonie franche classique seulement, et non dans les autres formes.

On a voulu rattacher à son apparition une signification heureuse, ce qui est loin d'être toujours confirmé.

On a même bien autrement exagéré l'importance de l'herpès. Ainsi, pour quelques auteurs, cet herpès pneumonique, loin d'être un simple épiphénomène, serait la

traduction d'une fièvre herpétique, tenant sous sa dépendance la pneumonie. « Une pneumonie avec herpès, a-t-on dit, ne serait rien moins qu'une fièvre herpétique avec pneumonie. » Inutile de s'attarder à combattre cette singulière interprétation doctrinale.

L'herpès s'observe encore dans un grand nombre d'autres maladies fébriles, telles que le coryza, la grippe, la pleurésie, la fièvre palustre, les angines inflammatoires, etc.

Il est remarquable toutefois que toutes les affections fébriles n'ont pas la même tendance, la même aptitude à provoquer l'herpès. Ainsi, une maladie fébrile par excellence, la fièvre typhoïde, ne s'accompagne que très exceptionnellement d'herpès. On a même mis à profit ce signe négatif pour avancer que toute maladie fébrile au début de laquelle apparaît l'herpès n'est pas, ne saurait être une fièvre typhoïde. Cette proposition est exagérée, à vrai dire, puisqu'on a signalé quelquefois l'herpès de la fièvre typhoïde, mais elle ne manque pas d'une certaine valeur, en présence de l'excessive rareté de cet épiphénomène.

Herpès de surmenage. — Ailleurs encore, l'herpès s'observe sans fièvre, comme symptôme d'un trouble passager de l'organisme, à la suite d'une courbature, d'une fatigue, d'une veille, d'un excès.

Herpès émotif. — Sur quelques sujets même, il suffit d'une secousse morale, d'une émotion, d'une inquiétude pour provoquer un herpès labialis. C'est là une variété étiologique curieuse qui a reçu le nom d'herpès émotif.

Herpès critique. — Enfin, il ne faut pas oublier ce fameux herpès critique, herpès de coction, qui, se produisant au déclin de quelques affections fébriles, était considéré autrefois comme le témoignage d'une crise salutaire et définitive.

Telle est la pathogénie de l'herpès accidentel, de celui qui est provoqué par un état morbide incident, et qui n'a de tendance à se répéter que s'il y est incité par la reproduction des mêmes causes.

II. — HERPÈS CONSTITUTIONNEL

Cette seconde espèce diffère essentiellement de la précédente par deux caractères, à savoir :

1° Elle ne se produit plus comme la précédente à la façon d'un épiphénomène morbide, à la remorque pour ainsi dire, d'un trouble pathologique actuel et accidentel ; mais bien primitivement et, à proprement parler, pour son propre compte.

2° Elle se différencie encore de l'espèce précédente par un attribut qui constitue son caractère principal, à savoir, une singulière, une extraordinaire aptitude aux récidives.

C'est un herpès à récidive, par excellence, parfois à récidives très répétées se prolongeant pendant une certaine période de la vie.

Ces deux caractères témoignent bien que cet herpès dérive d'une cause interne, d'une disposition organique particulière, d'une infection quelconque.

Mais quelle est cette cause, cette infection? On n'a sur ce point que de pures hypothèses.

Les uns ont rattaché l'herpès constitutionnel à l'arthritisme; d'autres à l'herpétisme, à la dartre.

Inutile de reproduire ici les longues et interminables discussions qui ont été soulevées à ce sujet d'autant que ces deux opinions n'apportent vraiment en leur faveur que des arguments bien peu décisifs. Sans doute, on a rencontré, et l'on rencontre fréquemment l'herpès constitutionnel chez les arthritiques et les dartreux. Mais ce qui n'est pas moins certain, d'autre part, c'est qu'on l'observe chez des sujets qui, ni par eux-mêmes, ni par leurs antécédents héréditaires, ne sauraient être qualifiés d'arthritiques ou de dartreux.

Plus récemment on a voulu faire de cet herpès l'expression d'une sorte d'infection parasitaire.

Pour M. Diday par exemple, les récidives de l'herpès, c'est-à-dire ses réapparitions fréquentes, presque fatales, quelquefois périodiques et fixes, impliquent l'existence d'une graine quelconque qui pénétrerait dans la peau, y resterait fixée, puis s'ensemencerait périodiquement, à la façon des plantes qui germent et se perpétuent *proprio motu*, dans un sol approprié. Cette graine herpétique, comme il l'appelle, sommeillerait un certain temps, resterait silencieuse, puis, venant à germer, produirait l'herpès, et de la sorte s'ensemencerait à nouveau pour des germinations subséquentes, et ainsi de suite. Ceci expliquerait, dit-il, la réapparition usuelle de l'herpès au même lieu, sur le même territoire.

C'est exactement la même théorie que M. le professeur Verneuil a développée au Congrès dermatologique de 1889 sous le nom de microbisme latent, comme explication possible des reviviscences *in situ* des éruptions herpétiques. Inutile d'insister sur ces théories qui ne sont encore que de simples hypothèses. La vérité, à l'heure actuelle, c'est que nous ne savons rien encore, relativement à l'essence, à la nature de cet herpès constitutionnel. Nous le constatons dans ses effets sans avoir la faculté d'aller plus loin.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier. — Présidence de M. Théophile Anger.

Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.

(Suite de la discussion.)

M. Chaput. — Voici des observations que je désire seulement accompagner de quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine.

Tout d'abord, je déclare que le diagnostic de l'hématocèle n'est pas facile et qu'il m'est souvent arrivé de méconnaître cette affection. Il m'est arrivé, notamment, de confondre l'hématocèle avec un hémato-salpinx. Inversement, j'ai pris quelquefois pour une hématocèle ce qui était un pyosalpinx.

Il y a néanmoins, selon moi, des signes importants et presque suffisants pour faire le diagnostic de l'hématocèle. L'hématocèle est fréquente et il convient, d'abord, d'y penser. Puis, hémorrhagies vaginales, douleurs violentes survenues pendant le coït, tumeur fluctuante médiane ou latérale laissant libres les autres culs-de-sac du vagin, même la présence d'urobiline dans l'urine d'après certains auteurs, et toujours la ponction exploratrice, tels sont les signes dont je veux parler.

Dans la grossesse extra-utérine, non compliquée de rupture, avant le cinquième mois, je suis d'avis que l'on ne peut avoir que des présomptions. Il existe, cependant, certains signes rationnels qui peuvent guider le diagnostic. Ce sont d'abord ceux

de la grossesse normale : vomissements, nausées, gonflement des seins, modifications de l'appétit ; puis, les pertes noires et fétides continuelles, l'élimination de caduques, l'allongement de l'utérus, la coloration violacée des organes génitaux, la présence d'une tumeur mobile fluctuante, unilatérale, avec des parois minces augmentant rapidement de volume et dont la surface est recouverte d'artères volumineuses et pulsatiles.

Après le cinquième mois, on peut admettre qu'il y a des signes de certitude de la grossesse : ballottements, mouvements, battements. Si le fœtus est mort, on peut sentir dans l'abdomen une masse dure, pierreuse. Enfin, il faut se baser sur l'histoire des règles, sur les antécédents de faux travail, de douleurs expulsives intenses suivies d'accalmie.

Tout le monde s'accorde à dire qu'il faut faire la laparotomie dans les cas d'hémorrhagie non enkystée. Quant à l'hématocèle, M. Segond la traite uniquement par la voie vaginale dont il dit avoir toujours obtenu les plus heureux résultats. Je veux bien qu'il en soit ainsi. Mais, pour mon compte personnel, il m'est arrivé des accidents et je veux faire des réserves sur ce point. Pourquoi ne pas traiter l'hématocèle comme on traite toute hémorrhagie ? Compte-t-on arrêter une hémorrhagie de la nature de celle de l'hématocèle par un simple tamponnement ! Compte-t-on que l'incision vaginale sera toujours bénigne ? C'est aller un peu loin. Pour moi, c'est la laparotomie qu'il faut faire dans tous ces cas et je n'hésite pas à dire que, si l'incision vaginale me mettait en face d'une hématocèle, je n'hésiterais pas à abandonner aussitôt le vagin pour faire la laparotomie.

Par contre, je me bornerais à l'incision vaginale simple dans les cas d'hématocèle suppurée.

Dans les cas de grossesse extra-utérine non rompue, avant le cinquième mois, je crois qu'il est inutile de presser la laparotomie, surtout si la malade présente un bon état général. Ce sont, en effet, des cas où le diagnostic n'est pas ferme et où il faut savoir attendre. Après le cinquième mois, ou bien le fœtus est vivant et le diagnostic est posé : comme MM. Pozzi et Segond, je crois préférable, alors, d'attendre le huitième mois de la grossesse pour faire la laparotomie dans une période de calme et tâcher de sauver la mère et l'enfant ; ou bien le diagnostic a été posé, mais le fœtus est mort et il convient, alors, d'opérer sans retard et de ne pas attendre l'atrophie du placenta. Le sac n'est-il pas suppuré ? Je crois que la laparotomie est d'un choix supérieur à la lithrotomie. Au contraire, le sac est-il suppuré, je préfère la lithrotomie. Mais je reviens à la laparotomie, tout de suite, si le diagnostic de grossesse extra-utérine n'a pas été fait.

Je termine par quelques mots de technique opératoire. Je suis d'avis que, le sac, il faut l'enlever, suturer ce qui ne s'enlève pas à la paroi abdominale et établir un drainage par le vagin. Quant au placenta, il faut également l'enlever. L'abandonner serait s'exposer à des accidents graves d'infection et d'hémorrhagie.

M. Bouilly. — M. Segond nous a tracé, la semaine dernière, dans une brillante communication, les grandes lignes de la question qui nous occupe. Il serait oiseux de reprendre aujourd'hui les mêmes arguments. Je veux simplement faire quelques remarques concernant la difficulté du diagnostic de la grossesse extra-utérine et les indications du traitement.

Je laisse, bien entendu, de côté les exemples rares où, après des péripéties variables, la grossesse extra-utérine est arrivée au terme de sept à huit mois et où la décision opératoire est subordonnée à l'état général et à la tolérance de la malade. Ce sont là des cas qui regardent l'obstétrique et non la gynécologie.

Je veux m'occuper des grossesses extra-utérines de trois mois environ, où nous sommes appelés, à la hâte, pour des complications quelconques. Comme l'a fort bien dit M. Segond, à cette période, quelle que soit la difficulté du diagnostic, cette difficulté disparaît devant la netteté de l'intervention opératoire par la laparotomie. La même netteté s'impose quand il y a eu rupture de grossesse ectopique et où il convient aussi de se presser de faire la laparotomie.

Mais les malades de cette catégorie sont rarement présentées au chirurgien. Ce sont des malades que l'on porte de préférence dans un service de médecine, ou bien pour lesquelles, étant données la gravité et la soudaineté des accidents d'une part, leur disparition lente d'autre part, on juge inutile de faire appeler le chirurgien.

Et il m'est facile de confirmer ce que j'avance, car, en consultant les bulletins de la Société de chirurgie depuis quinze ans, je n'ai rencontré que trois observations de ce genre : l'une de M. Tuffier en 1893, l'autre de M. Michaux en 1894, la dernière présentée par M. Demoulin au récent Congrès de chirurgie.

Enfin, depuis 1886 où je dirige un service de gynécologie, à l'hôpital Cochin, je n'ai reçu qu'une malade atteinte d'hémorrhagie intra-péritonéale grave. Cette malade a succombé, sans intervention, dans le courant de la journée, avant que j'aie pu l'examiner.

Donc, si l'on consulte les faits qui ont été rapportés, on voit que ces faits sont rares. Je ne puis, en effet, considérer comme cas d'urgence les cas rapportés par M. Reynier. Ici, les opérations ont été faites, la première quatre jours, les secondes quinze jours au moins après l'accident. M. Reynier, d'ailleurs, préconise d'attendre ainsi.

La plupart du temps, en effet, les malades ne viennent nous trouver qu'après leur hémorrhagie et non pas quand elles sont en état d'hémorrhagie. Leur histoire est, à peu près, toujours la même. Il s'agit de femmes jeunes, sans passé abdominal. Après un retard dans les règles, elles ont été prises, en pleine santé, d'un véritable ictus péritonéal avec douleurs, tendance à la syncope, pouls petit, filiforme, c'est-à-dire tous les signes du péritonisme. Cet état coïncide, d'autre part, avec un écoulement constant de sang par la vulve, lequel peut se prolonger de quinze jours à un mois.

Il s'agit, en somme, de phénomènes brutaux dus à la rupture d'une grossesse ectopique.

La conclusion de tels faits, c'est qu'il existe tantôt un hématocèle, tantôt un épanchement de sang enfermé dans un sac tubaire et pouvant filtrer par le pavillon de la trompe, au milieu des anses adhérentes du voisinage. On constate alors, par le vagin, une tumeur latérale plus ou moins élevée, siégeant sur les borde de l'utérus. Il est à noter que les phénomènes immédiats consécutifs à cette légère infiltration de sang sont aussi graves que les hémorrhagies cataclysmiques, et, chose importante, en raison de la gravité de ces phénomènes, on pourrait être tenté tout d'abord, en somme, d'intervenir contre une hémorrhagie qui n'existe pas.

Ici, il se peut que les choses restent dans cet état ; alors la malade se trouve peu gênée, et cette indolence relative consécutive, coïncidant avec la brusquerie du début, paraît être un signe distinctif entre l'hématosalpinx et l'inflammation des annexes.

Mais je laisse de côté ces faits d'hématosalpinx qui doivent être traités par la laparotomie.

Dans l'hématocèle, le diagnostic est facile et s'impose devant le début des accidents accompagnés de retentissement péritonéal, de la présence d'une tumeur rétro-utérine coïncidant avec un développement exagéré de l'utérus, et un écoulement sanguin par la vulve. Telle est, à mon avis, la physionomie de ces malades.

Peu importe le degré de la grossesse extra-utérine, cause de ces accidents. Quel que soit, d'ailleurs, l'âge de l'embryon, on peut ne pas le trouver, il a pu être résorbé. Enfin, que cette rupture date de 8 ou 10 jours, cela importe peu.

Contre ces collections intra-péritonéales, plus ou moins enkystées, je m'appuie sur l'autorité de MM. Segond, Picqué, Routier, pour dire que l'emploi de l'incision vaginale postérieure donne des résultats vraiment merveilleux, quinze à vingt jours suffisent pour obtenir une guérison complète. J'ai des opérations

de ce genre qui ont été faites sur des femmes de confrères et qui datent de quatre ans. Depuis quatre ans, nos opérées ne se sont jamais plaintes de quoi que ce soit. Ce sont, vous l'ai-je dit, des femmes de confrères, et il faut qu'elles soient véritablement bien guéries pour ne pas se plaindre.

Pour me résumer donc, je dirai ceci :

a) Dans les cas de grossesse extra-utérine, en voie d'évolution, opérée avec tumeur des annexes, il faut faire la laparotomie.

b) Dans les cas d'hémorrhagie menaçante, due à la rupture de la grossesse (cas rares, ou méconnus par le médecin et la sage-femme), il faut faire de même la laparotomie.

c) Les hématocèles rétro-utérines sont passibles de l'incision vaginale postérieure.

Résultats éloignés de la cholécysto-entérostomie.

M. Chaput lit un rapport sur une observation de M. Pierre Delbet dont voici le résumé : Femme de 42 ans, atteinte d'occlusion biliaire avec gros foie opérée en août 1894 à la suite d'accidents fébriles. M. Pierre Delbet a fait l'incision abdominale sur le bord externe du grand droit. Il a trouvé un calcul dans la vésicule. L'exploration du cholédoque a été impossible. Car ce canal adhérait à tous les organes voisins. M. Delbet n'a donc pas pu faire de cholédocotomie. Puis, entre la cholécystostomie et la cholécysto-entérostomie, sur les opérations possibles, il a choisi cette dernière qu'il a exécutée sur la première anse grêle par une suture en forme suivie de sutures à deux étages avec des fils fins parce que le bouton de Murphy ne pouvait être utilisé. La malade de M. Delbet a parfaitement guéri.

Dans son rapport, M. Chaput a d'abord approuvé l'incision faite par M. Delbet sur le bord externe du grand droit. Cette incision donne accès plus facile sur la vésicule. C'est le défaut de l'incision médiane, préconisée par M. Quénu, de conduire davantage sur le cholédoque que sur la vésicule. Or, dans ces cas d'occlusion biliaire, c'est la vésicule et non le cholédoque qui doit être le point de repère. D'ailleurs, le cholédoque lui-même est inexplorable à l'état pathologique, étant données les nombreuses adhérences au milieu desquelles il est enfoui, et les recherches anatomiques que M. Quénu a faites concernant l'exploration du cholédoque ne semblent guère pouvoir s'appliquer qu'au cholédoque sain.

Considérée au point de vue de l'infection ascendante des voies biliaires, l'observation de M. Delbet montre que le chirurgien avait le choix entre la cholécystotomie et la cholécysto-entérostomie. Si cette infection ne s'est pas faite, c'est à cause du courant de bile qui vient refouler vers l'extérieur les liquides infectés. Néanmoins, il faut convenir que, dans le cas dont il s'agit, la présence d'une fistule biliaire cutanée eût été une infirmité, tandis que l'entérostomie biliaire a donné une guérison définitive.

Au point de vue opératoire, il faut conclure que sur des vésicules atrophiées, comme c'était le cas, l'emploi du bouton de Murphy est impossible. M. Delbet eût peut-être mieux fait d'aboucher la vésicule au duodénum ou à l'estomac. Mais on sait, quoi que montre la dernière opération faite par M. Terrier, que la présence de la bile dans l'estomac arrête les fonctions digestives de cet organe. Il est vrai que, d'autre part, M. Delbet ne pouvait pas aller détruire les adhérences nombreuses périduodénales.

M. Quénu. — Dans l'incision médiane, on peut écarter la paroi sur le côté droit et, ainsi, l'on voit parfaitement la vésicule. Au besoin, rien n'empêche de faire une seconde incision perpendiculaire à la première, c'est-à-dire transversale. Quant à l'exploration du cholédoque, ce que j'en ai dit s'applique au cholédoque pathologique aussi bien qu'au cholédoque sain ; mes observations en font foi.

M. Terrier. — M. Chaput vient de soulever de graves questions. La présence d'un calcul dans le cholédoque, et l'observation de M. Delbet ne nous dit rien à ce sujet, provoque, au niveau du canal, une réaction inflammatoire et des adhérences. En sorte que les rapports d'un cholédoque pathologique sont toujours anormaux. Dans ces cas, la fistule cutanée ne provoque aucun danger, puisque la cavité abdominale est depuis longtemps fermée par les adhérences.

C'est une erreur de croire que la bile dans l'estomac nuit à la digestion. Mon dernier opéré, chez qui j'ai abouché la vésicule dans l'estomac et qui se porte à merveille, en est une preuve évidente. Or, il vaut mieux aboucher la vésicule dans l'estomac quand on ne peut pas l'aboucher dans le duodénum, plutôt que d'attirer une anse grêle.

Au sujet de l'infection des voies biliaires, j'aurais beaucoup de choses à dire. Je me contente de faire remarquer que la bile infectée se désinfecte quand cela lui plaît. Il en est, à ce point de vue, pour les voies biliaires comme pour les voies urinaires. Et quand la bile a été infectée une première fois, il est difficile de dire plus tard d'où peut venir une seconde infection.

Donc, les conclusions établies par M. Chaput sont peut-être un peu prématurées. Il est préférable, je crois, de s'en tenir aussi, au point de vue opératoire, aux conditions de résistance présentées par le malade.

M. Chaput. — J'apprécie les recherches anatomiques de M. Quénu sur l'exploration du cholédoque. Mais je persiste à préférer l'incision latérale à l'incision médiane dans les interventions sur les voies biliaires.

A M. Terrier, je dirai que j'ai simplement voulu donner à mon travail sur l'observation de M. Delbet les conclusions qui me paraissent devoir découler de cette observation et non pas poser des conclusions absolues sur la pathogénie et le traitement de l'infection des voies biliaires.

Présentation de pièces.

CULTURES DE COLI-BACILLE DANS LE LIQUIDE D'UN KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

M. Quénu. — Les cultures que je vous présente se sont développées dans le liquide d'un kyste hydatique du foie. Voici les faits :

J'ai ponctionné un kyste hydatique du foie, après avoir pris toutes les précautions d'antisepsie et d'asepsie que j'ai coutume de prendre quand je fais une laparotomie.

Quelques jours plus tard, ma malade a présenté des accidents fébriles. Je l'ai laparotomisée et j'ai ouvert le kyste. De cette poche est sorti un liquide limpide, citrin, mais teinté de bile. C'est dans ce liquide, pris sur-le-champ, que mon interne, M. Longuet, a vu se développer les cultures de bacterium coli dont je vous apporte un échantillon.

Il va sans dire que des faits de ce genre, s'accompagnant d'accidents fébriles, après une ponction, sont imputables non au défaut d'asepsie du chirurgien, mais à une infection préalable des voies biliaires par le bacterium coli. Chez ma malade, le fait paraît d'autant plus probant que dans ses antécédents, on retrouve des diarrhées fréquentes et autres symptômes d'infection intestinale.

Or, il est permis de croire que la ponction que j'ai faite a déterminé, par décompression du kyste, la rupture d'un canal biliaire. C'est cette rupture qui a déterminé, elle-même, l'entrée de l'agent infectieux et l'infection secondaire du kyste. Ce mécanisme, bien mieux que la congestion du foie invoquée par M. Walther au Congrès de Chirurgie, nous donne la clef de ces infections.

MM. Michaux et Terrier citent des cas en rapport avec le fait signalé par M. Quénu.

LIPOMES NOMBREUX DE L'ABDOMEN

M. Peyrot montre les viscères d'une malade à laquelle il a enlevé, il y a trois ans, un gros lipôme de la paroi abdominale

postérieure. Cette malade est morte récemment et ses viscères présentent une foule de lipômes dans le mésentère, l'épiploon, etc., etc.

Présentation de malade.

M. Chaput présente un malade atteint d'ostéomyélite auquel il a dû faire l'amputation de la cuisse par un procédé spécial.

Elections.

Sont nommés membres correspondants étrangers de la Société de Chirurgie :

MM. Boyer, Mikuliez. Murphy et Ratrinoff.

Sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de Chirurgie :

MM. Dubourg, Villar (de Bordeaux), Mignon (médecin militaire).

La séance annuelle de la Société de Chirurgie est renvoyée au mercredi 12 février. JEAN PETIT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier 1896.

Prophylaxie du paludisme.

M. Laborde lit une note de **M. Maurel**, médecin principal de la marine, sur ce sujet, qui arrive aux conclusions suivantes:

Les microorganismes du paludisme sont le plus souvent absorbés par l'atmosphère. Or, la respiration nasale filtre l'air qui passe par les voies aériennes. Aussi les microorganismes en question sont-ils plutôt absorbés par la voie buccale. D'où nécessité pour les troupes en marche de garder le silence.

La quinine à petites doses successives n'a peut-être pas l'utilité que l'on croit. Sans doute, donnée préventivement, à plus forte dose, de 0.75 centigrammes à 1 gramme, et à intervalle de quatre à cinq jours, donnerait-elle plus de résultats.

Mais si la prophylaxie assurée du paludisme est difficile, l'on peut éviter les formes graves et pernicieuses.

Pour cela, les principales indications sont les suivantes : se tenir au vent des foyers paludéens ou au-dessus d'eux, éviter la rosée du matin et du soir en entourant les maisons d'arbres et en mettant des vitres aux fenêtres, ne pas faire faire de terrassements par des Européens, mais bien par des hommes de la race noire ou par des indigènes.

Aussi l'auteur conclut-il que le paludisme n'est pas capable, si l'on sait s'en garder, d'arrêter les entreprises des Européens. Mais surtout, il est un point qu'il ne faut pas oublier, c'est que le travail de la terre est le plus souvent mortel pour l'Européen.

Guérison de la morphinomanie.

M. Laborde lit un travail de **M. Sollier** sur la manière de guérir la morphinomanie. Pour l'auteur, seule la méthode rapide est capable de mener à la guérison par des voies vraiment précises et scientifiques.

La méthode rapide a l'avantage de ne pas offrir les risques mortels de la méthode brusque. D'autre part, elle est beaucoup plus rapide que la méthode lente. En soixante jours, si le malade est placé sous la surveillance constante d'un médecin, dans un établissement spécial. il peut guérir, et en général il n'y a pas à craindre de récidives.

Immunisation vaccinale intra-utérine.

M. Hervieux rapporte l'observation suivante due à **M. Ausset** (de Lille). Il s'agit d'un malade de vingt-sept ans, vacciné sans succès pendant son enfance, au régiment, et trois mois encore après la seconde tentative. Il ne porte pas de trace de cicatrice vaccinale ou variolique sur le corps. Ce n'est qu'à une nouvelle revaccination faite en 1895, six ans après la troisième tentative, que le sujet en question présente enfin deux boutons de vaccine caractéristiques.

Pendant vingt-sept ans donc, le sujet a été immunisé contre la vaccine. Pourquoi ? Sa mère, dit-il, a eu la variole pendant sa grossesse. Y a-t-il variole transmise de la mère au fœtus ? Ou bien sont-ce les produits immunisants qui ont passé à travers le placenta maternel ? Comme à sa naissance, le malade n'avait pas de cicatrice variolique, il en faut conclure que la seconde hypothèse est sans doute la bonne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier.

Pituites hémorrhagiques des hystériques.

MM. Mathieu et **Millau.** — La pituite hémorragique des hystériques a été signalée autrefois par Lasègue et par son élève M. Hanot. Josserand (de Lyon) lui a consacré récemment une monographie (1893). Cet accident se distingue nettement de l'hématémèse des hystériques.

Cette pituite survient le matin; le liquide rendu présente dans le crachoir l'aspect du sirop de groseille étendu d'eau ; dans d'autres cas, il a été comparé au sirop de ratanhia ; il ne se coagule jamais. La quantité varie de 60 à 100 grammes. Ce liquide est rejeté la nuit trois à quatre heures après le coucher des malades, en une seule fois. L'expulsion du liquide est généralement précédée d'une sensation de brûlure au creux épigastrique, ou bien d'une aura rappelant une crise hystérique avortée. Il n'existe pour ainsi dire jamais de vomissements alimentaires. Quelquefois la pituite est précédée de sialorrhée sanglante. On note très souvent une douleur à la pression au creux épigastrique à droite de la ligne médiane, qui paraît correspondre au pylore hyperesthésié. Les neuf malades chez lesquels ce symptôme a été observé étaient tous hystériques ; deux fois seulement il s'agissait d'hommes. Les pituites se sont reproduites tous les jours pendant plusieurs semaines. Quelquefois elles étaient remplacées par de vraies crises d'hystérie. Le liquide, au repos, est composé de deux couches : l'une supérieure claire, sans éléments solides ; l'inférieure sombre, contient du mucus, des globules rouges et des leucocytes. Chez certains malades, le liquide est franchement acide ; il contient alors du suc gastrique: dans d'autres cas, il est neutre ou alcalin. Il paraît toujours contenir de la salive. La proportion est de un de sang pour douze de salive.

Il n'est pas établi que le sang vienne toujours de l'estomac; il peut venir des amygdales et de la langue. M. Mathieu a vu un cas où la sialorrhée sanglante a précédé la pituite ; la salive sanglante a été déglutie puis rejetée sous forme de pituite. On sait d'ailleurs que Frerichs croit la pituite matinale des alcooliques due à la salive déglutie pendant le sommeil. Cependant M. Mathieu ne repousse pas l'idée d'une gastrorrhagie vraie, au moins dans certains cas.

Sur le traitement de la tuberculose par les injections de créosote à hautes doses.

M. Burlureaux. — A propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Faisans, M. Burlureaux fait remarquer qu'en effet les accidents observés par M. Faisans se produisent quelquefois, qu'ils sont graves, et par conséquent doivent être mis au passif de sa méthode ; cependant, ils sont extrêmement rares, jamais mortels, et mis en parallèle avec les bienfaits qu'on peut retirer de ce mode d'administration de la créosote, ils ne sauraient être capables de la contre-indiquer. D'un autre côté, ces accidents ne se produisent jamais quand les injections sont pratiquées à doses moins élevées; il est vrai que les bénéfices qu'on retire sont beaucoup moins certains.

M. Faisans. — Je suis convaincu que les accidents dont j'ai parlé ne doivent pas suffire à contre-indiquer la méthode, mais

il importe de savoir si oui ou non cette méthode est bonne; or, actuellement, on a tendance à administrer la créosote à tous les tuberculeux; or, je crois que chez beaucoup de tuberculeux cette méthode est contre-indiquée et nuisible.

J'ai vu des résultats merveilleux avec l'administration de l'huile de foie de morue à hautes doses; j'en ai vu de très beaux avec l'administration de la poudre de viande; et je crois que la méthode *systématique* de traitement par la créosote a des contre-indications formelles et absolues.

M. Ferrand. — Je m'associe complètement aux réserves que vient de faire M. Faisans; et je crois aussi que la créosote, qui est un bon agent dans certains cas, est assez souvent contre-indiquée. Bien souvent on se fait illusion sur les bons effets des balsamiques et de tous les substitutifs en général. J'ai vu, en outre, deux cas où le traitement par la créosote à hautes doses a été véritablement déplorable.

M. Lereboullet. — Il est certain que la créosote ne convient qu'aux cas de phtisie lente, torpide, scrofuleuse. Elle ne convient pas aux cas à tendance congestive et hémorrhagique; elle est tout à fait contre-indiquée chez les tuberculeux qui ont des hémoptysies.

En dehors de ces cas, la créosote est un médicament certainement très bon. Ce n'est pas un agent spécifique, c'est un adjuvant très utile, mais qui ne peut avoir d'effet si l'on n'a soin de conseiller en même temps les moyens hygiéniques, la suralimentation, sur lesquels tout le monde est d'accord.

Sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningée.

MM. Fernet et **Lorrain** rapportent l'observation d'un malade âgé de 56 ans qui, après quelques phénomènes pulmonaires, présenta une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche et mourut de méningite.

Dans les derniers jours, le tableau de la maladie fut celui d'une infection généralisée. MM. Fernet et Lorrain insistent sur les caractères anatomo-pathologiques rares de l'arthrite; il s'agissait d'une véritable ostéo-arthrite, avec destruction du ménisque interarticulaire des cartilages, des ligaments.

Les os étaient dénudés et présentaient à la vue leur surface spongieuse. L'articulation contenait quelques gouttes seulement de sérosité louche. Cette sérosité et le pus méningé contenaient du pneumocoque à l'état de pureté.

M. Widal. — Nous avons présenté récemment à la Société anatomique, avec M. Meslay, les pièces provenant d'un saturnin invétéré, entré dans notre service pour des douleurs vives, avec tuméfaction et rougeur siégeant au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne gauche. La température resta oscillante pendant quelques jours entre 38°5 et 39°. Nous avions pensé à une attaque de goutte saturnine. Le malade mourut au bout de 15 jours en collapsus.

A l'autopsie, nous constatons une péricardite suppurée, à pneumocoque primitif. Dans l'articulation métatarso-phalangienne gauche, nous trouvons quelques gouttes de liquide séro-purulent contenant du pneumocoque à l'état de pureté. L'articulation était à peu près intacte. La synoviale était seulement injectée et les cartilages diarthrodiaux légèrement éburnés.

En résumé, cette arthrite suppurée pneumococcique ayant duré quelques semaines n'avait produit dans la jointure que des altérations superficielles.

Cette localisation pneumococcique au niveau d'une petite jointure n'était fortuite qu'en apparence. La localisation uratique avait entraîné la localisation infectieuse.

Les localisations articulaires infectieuses ne sont pas, en effet, de pur hasard; elles doivent être le plus souvent régies par des conditions histologiques, humorales ou dynamiques, qui échappent encore le plus souvent à l'observation clinique.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 janvier.

Action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité.

M. Bourneville voyant, chez trois malades atteints d'idiotie myxœdémateuse, le traitement thyroïde provoquer de l'amaigrissement et de la croissance, eut l'idée de donner ce traitement aux enfants obèses et nains.

Les idiots obèses et les idiots myxœdémateux maigrissaient rapidement, mais au bout d'un certain temps l'accoutumance se fait et il n'y a plus d'amaigrissement. La taille a augmenté de même en fortes proportions sous l'influence du traitement thyroïdien.

M. Pilliet fait remarquer que dans différentes autopsies de malades qu'il a eu l'occasion de faire, il a vu qu'il s'agissait de tissu lipomateux et non de tissu muqueux.

M. Bourneville rappelle que le myxœdème infantile se traduit par trois grands caractères : nanisme, troubles de nutrition et arrêt de développement intellectuel.

Ulcération de la langue chez les tuberculeux.

M. Claude cite deux cas, où les ulcérations tuberculeuses de la langue, au lieu de résulter de l'inoculation directe des bacilles de Koch sur la muqueuse linguale, relèvent d'un processus différent. Dans un cas, l'ulcération tuberculeuse de la langue dépendrait d'un processus tuberculeux se généralisant par voie sanguine, sorte de granulie de la langue. Dans l'autre cas, l'ulcération n'aurait pas été tuberculeuse à proprement parler, mais aurait été produite par des microorganismes de la bouche, chez un cachectique.

Du bacille pyocyanique dans l'urine humaine.

M. Le Noir dit que chez un jeune homme de vingt-deux ans, il a trouvé du bacille pyocyanique dans les urines. Il souffrait d'un calcul du rein et de pyélite. Les urines étaient louches. Le chloroforme a également permis d'extraire la pyocyanine du bouillon où le bacille pyocyanique fut cultivé.

L'urine du malade contenait aussi du bacterium coli. C'est donc un cas d'infection urinaire mixte.

Abcès consécutifs à des injections de caféine.

M. H. Méry cite les deux faits suivants : Dans le premier, cinquante jours après des injections de caféine faites chez un enfant atteint de pneumonie, celui-ci eut des abcès contenant les germes de l'infection primitive.

Dans le second cas, on vit du streptocoque dans la gorge d'un enfant frappé de scarlatine, on le retrouva ensuite dans le sang, et finalement dans des abcès consécutifs aux piqûres de caféine. L'origine de ces abcès est donc nettement établie; tous les chaînons de l'infection ont pu être nettement suivis.

Suture et anastomose des artères et des veines.

M. Raymond Petit a fait différentes expériences dont voici les conclusions : Les anastomoses et les sutures veineuses sont possibles, comme on l'a déjà établi. Le calcul flottant dans l'intérieur d'une veine y est résorbé sans coagulation. La ligature au catgut laisse l'artère perméable et oblitère la veine.

La suture d'une artère est fort difficile à réussir, de même que l'anastomose latérale des artères avec les veines.

Motricité de l'estomac et transit des liquides dans sa cavité.

M. A. Mathieu lit une note sur une méthode permettant de voir comment l'estomac se vide, à quel moment et dans quelles conditions de vitesse. Sa méthode permet aussi de voir combien il y a de suc gastrique sécrété, et quelle est la vitesse de cette sécrétion.

L'idée générale de la méthode est la suivante : On fait faire au sujet un repas d'épreuve, semblable à peu près à celui d'Ewald. Mais on y ajoute 10 grammes d'huile. On doit ensuite chercher trois éléments : le dosage de l'acidité et l'analyse chimique par la méthode de Winter, qui se font sur le liquide filtré, après son extraction. Reste à chercher le dosage de l'huile. Celui-ci une fois obtenu, comme on connaît le volume total du liquide contenu dans l'estomac, on en déduit la quantité d'huile non éliminée, et par différence la quantité évacuée. L'huile est dans l'estomac sous forme d'émulsion, mélangée au suc gastrique. Son évacuation est donc proportionnelle à celle du liquide stomacal lui-même. Donc, on voit quel est le volume du liquide primitivement ingéré et non évacué. Par différence on cherche le volume du liquide primitif évacué et celui du liquide de sécrétion accumulé dans l'estomac.

Note sur la fonction hémorrhagique.

M. **Charrin** présente une note de **M. Monnier** qui aboutit aux conclusions suivantes :

Pour expliquer les hémorrhagies de la période terminale de la cirrhose alcoolique, on a invoqué l'infection. Le colibacille et le streptocoque peuvent en effet être hémorrhagipares ; mais la propriété hémorrhagipare n'est en effet pas dévolue à un seul germe. Enfin, l'auteur cite une variété cutanée bulbeuse rappelant certaines formes d'hydroa qui doit prendre place parmi les hémorrhagies terminales de la cirrhose atrophique.

NOTES POUR L'INTERNAT

VAISSEAUX ET NERFS DU CŒUR

(Suite et fin.)

II. PHYSIOLOGIE.

A. Circulation.

α *Pendant la systole ventriculaire :*

L'ondée sanguine remplit les artères coronaires.

β *Pendant la diastole ventriculaire :*

Reflux d'une partie du sang par les artères coronaires dans le cœur.

2° Influence de la circulation sur les contractions du cœur.

Ligature d'une seule artère coronaire :

Contractions irrégulières puis arrêt du cœur.

Ligature des deux artères coronaires :

Mort par anémie cardiaque.

3° Influence de la circulation cardiaque sur les mouvements rythmiques.

α Théorie de Brucke.

Orifices des artères *coronaires* oblitérés par le bord libre des valvules sigmoïdes au moment de la *systole ventriculaire*. De sorte que le sang ne pénètre dans ces artères que pendant la diastole et provoque systole cardiaque.

β) Théorie de Lannelongue.

Orifices des artères coronaires ne sont pas oblitérés par valvules sigmoïdes. D'ailleurs il y a synchronisme des pulsations des coronaires et de l'aorte.

Réplétion des vaisseaux cardiaques coïncide avec diastole. Vaisseaux distendus excitent fibre cardiaque et provoquent systole ventriculaire.

L'artério-sclérose des artères *coronaires* (surtout la droite) a pour conséquence l'ischémie du cœur qui se manifeste par le syndrôme de l'*angine de poitrine vraie.*

4° Communication des lymphatiques entre eux.

Explique coexistence fréquente de péricardites, myocardites et endocardites au cours des maladies infectieuses.

B. Innervation.

Toute excitation peut agir d'une manière réflexe sur le cœur : le fonctionnement de cet organe est donc subordonné à des centres d'innervation localisés dans le système nerveux central reliés au cœur par nerfs *pneumogastrique* et *grand sympathique* et *ganglions intra-cardiaques*.

1° Action des centres médullaires.

α *Bulbe* (Béclard).

Courants faradiques faibles déterminent battements irréguliers et fréquents.

Courants forts provoquent ralentissement, puis arrêt du cœur en diastole.

β *Moelle épinière* (Mathias Duval).

Electrisation de la moelle cervicale d'un guillotiné a déterminé contractions de l'oreillette et du ventricule.

2° Nerfs.

α Modérateur.

Pneumogastrique (frères Weber, Claude Bernard).

Excitation *suffisamment intense* par courants faradiques, muscarine, digitale, sang asphyxique (*Dastre* et *Morat*) : ralentit les battements du cœur probablement par inhibition des ganglions intra-cardiaques (Brown-Séquard).

Application :

Faradisation du nerf pneumogastrique au niveau du faisceau vasculo-nerveux du cou dans le goitre exophtalmique, et dans tous les cas où il y a accélération morbide des battements du cœur.

Excitation *prolongée* du nerf *pneumogastrique* détermine syncope asphyxique mortelle qu'on peut prévenir en en supprimant l'action par *l'atropine*.

Section. — Mort après accélération et régularisation des battements du cœur.

β Accélérateur.

Grand sympathique : Par les filets qui relient ce nerf aux ganglions cervical inférieur et premiers dorsaux.

Tandis que chez le nouveau-né, l'appareil frénateur ne fonctionne pas, chez l'adulte, système modérateur prend la prédominance. (Expériences de Dastre et Morat avec le sang asphyxique.)

Conséquences : Nouveau-nés résistent davantage que les adultes à l'asphyxie qui excite le modérateur.

Inversement, excitation du grand sympathique, qui est accélérateur, doit être moins dangereuse chez l'adulte que chez le nouveau-né.

γ Ganglions intra-cardiaques.

Expériences de Stannius (1851).

1° Ligature sur ganglion de Remak : détermine arrêt du cœur en diastole.

2° Ligature au niveau du sillon auriculo-ventriculaire : au-dessus du ganglion de Bidder.

Ventricule se remet à battre.

On a donné de ces résultats expérimentaux l'explication suivante :

L'action motrice des ganglions de *Remak* et *Bidder* réunis compense le rôle frénateur du ganglion de *Ludwig*.

Mais ces ganglions ne sont pas indispensables à la fonction rythmique du cœur : en effet, l'excitation de la pointe du cœur suffit pour faire battre celui-ci ; en outre le cœur de l'embryon de poulet bat dès la fin du deuxième jour ; or à ce stade il n'existe pas trace de ganglions intra-cardiaques.

δ Rameau nerveux de Cyon.

Découvert chez le lapin, relie le réseau sous-endocardique au bulbe par le pneumogastrique. L'homologue existe vraisemblablement chez l'homme. Lorsque, sous l'influence d'un obstacle à la circulation pulmonaire, le cœur éprouve de la difficulté à se vider à chaque systole ventriculaire, il se produit à la surface de l'endocarde une excitation de ces nerfs dépresseurs qui détermine par voie réflexe, vaso-dilatation des vaisseaux abdominaux.

Mar.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

LES LIVRES

Chez J.-B. Baillère et fils, 19, rue Hautefeuille.

La pratique gynécologique dans les Hôpitaux de Paris, Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par le professeur Paul Lefert. 1 vol. in-16 de 288 pages, cartonné 3 fr. Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien.*

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur Lefert de leur présenter en un petit volume clair et précis la *pratique* des gynécologistes des hôpitaux de Paris : MM. Auvard, Berger, Bouilly, Lucas-Championnière, Chaput, Chéron, Delbet, Doléris, Duplay, Hartmann, Le Dentu, Péan, Polaillon, Pozzi, Quénu, Richelot, Schwartz, Segond, Terrier, Tillaux, etc.

On trouvera traitées dans ce livre les questions qui s'offrent chaque jour à l'observation de tout médecin et chirurgien : l'asepsie et l'antisepsie gynécologiques, le cancer du sein, le cancer de l'utérus, la castration, le curage et le currettage de l'utérus, les déformations et les déviations de l'utérus, l'électricité en gynécologie, l'endométrite, les fibromes utérins, les fistules, l'hystérectomie, les injections utérines et vaginales, les kystes de l'ovaire, la laparotomie, le massage de l'utérus, les métrites, les névralgies pelviennes, les ovaro-salpingites, la périnéorraphie, le prolapsus, les pyo-salpinx, les rétrodéviations, les salpingites, la subinvolution utérine, les suppurations pelviennes, le tamponnement de l'utérus et du vagin, la tuberculose de la trompe et de l'ovaire, les tumeurs de l'utérus et de ces annexes, la vaginite, etc.

Cet ouvrage est dû à la collaboration de 60 médecins des hôpitaux de Paris, et renferme plus de 400 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Il permet au médecin de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'il suivait les services hospitaliers de Paris, et de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement.

Le praticien est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère dont le nom fait autorité.

Pour faciliter les recherches, le livre est complété par deux tables alphabétiques, l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières. De telle sorte que l'on peut à la fois avoir l'opinion de tel ou tel professeur sur les diverses questions qui sont à l'ordre du jour et en même temps passer en revue l'opinion des divers chefs de service sur un sujet terminé.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 3 AU 8 FÉVRIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 février, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Tuffier, Delbet. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Widal.

Mardi 4 février, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bonnaire, Thiéry. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Raymond, Letulle.

Mercredi 5 février, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Tuffier, Sebileau.

Jeudi 6 février, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Poirier, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Bar, Nélaton. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Ménétrier, Achard. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Hutinel, Roger. — 4e : MM. Joffroy, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 7 février, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Hayem, Letulle, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Broca.

Samedi 8 février, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Duplay, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Debove, Hutinel, Chantemesse. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

Mardi 4 février, à 1 heure. — 1re classe (Ancien régime) : MM. Farabeuf, Maygrier, Marfan.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 5 février, à 1 heure. — *M. Regnier* : Contribution à l'étude des manifestations rénales de la syphilis acquise (MM. Fournier, Straus, Gaucher, Wurtz). — *M. Simonnot* : De la présence des cristaux de Charcot-Leyden dans les excreta des malades porteurs de parasites intestinaux (MM. Straus, Fournier, Gaucher, Wurtz). — *M. Burneff* : Contribution à l'étude des pneumonies alcooliques traitées par les injections de strychnine (MM. Straus, Fournier, Gaucher, Wurtz). — *Mme Liehrmann* : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la phlegmatia alba dolens puerpérale (MM. Pinard, Tillaux, Broca, Walther). — *M. Rogier* : Contribution à l'étude des fractures du sternum de cause indirecte (MM. Tillaux, Pinard, Broca, Walther). — *M. Frey* : Monographie de la dent de six ans (MM. Tillaux, Pinard, Broca, Walther).

Jeudi 6 février, à 1 heure. — *M. Frénoy* : Contribution à l'étude des faux cancers de l'estomac (MM. Laboulbène, Berger, Charrin, Hartmann). — *M. Poggi* : Des brûlures (MM. Berger, Laboulbène, Charrin, Hartmann). — *M. Sailhan* : Des anévrysmes poplités supérieurs (MM. Berger, Laboulbène, Charrin, Hartmann). — *M. Bréchoteau* : Du phlegmon péri-ombilical et des fistules gastro-culanées dans le cancer de l'estomac (MM. Debove, Le Dentu, Marie, Albarran). — *M. Lecoq* : Études sur le traitement des plaies et des ulcères par les greffes animales, et particulièrement par les greffes de peau de grenouille (MM. Le Dentu, Debove, Marie, Albarran).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Klippel, Toupet et Barbier.

VARIA

A la suite d'un concours ouvert par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle pour la rédaction d'un travail de vulgarisation sur *les maladies évitables*, les récompenses suivantes ont été décernées :

1er prix (1,200 fr. et une médaille de vermeil) : M. le docteur P.-J. Navarre (de Lyon) ;

2e prix (800 fr. et une médaille de vermeil) : M. le docteur Répin (de Paris) ;

3e prix (500 fr. et une médaille de vermeil) : M. le docteur Labougle (médecin militaire).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs H. Drouet, R. Fauvel (de Paris) ; Seure (de Saint-Germain-en-Laye).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Catois (de Caen) ; Loranchet (de Bourg-la Reine).

Médaille de bronze. — M. le docteur E. Renard (médecin militaire).

Le Conseil d'Etat vient de décider que si un jeune homme, dispensé comme aspirant au doctorat, sous la condition de produire à l'âge fixé par la loi militaire son diplôme, est renvoyé en congé dans ses foyers et que pendant ce congé il devienne fils aîné de septuagénaire ou de veuve, il ne peut invoquer dès à présent cette cause de dispense. Mais si à l'âge voulu il ne produit pas son diplôme de docteur et est, dès lors, rappelé sous les drapeaux, il pourra invoquer la cause de dispense née en sa faveur postérieurement à la décision du conseil de revision, au cas où cette cause de dispense subsisterait encore.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 6 8 Février 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef* : Dr **Pierre SEBILEAU.**
Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite.)

Ce que nous apprend la clinique tout d'abord, c'est que cette espèce d'herpès à explosion protopathique et à faculté si singulière de récidive est susceptible de localisations variées.

On l'observe sur trois sièges, à savoir : à la peau, aux organes génitaux, à la bouche.

Ces trois localisations sont loin d'avoir une fréquence et une importance égales au point de vue clinique, mais toutes sont dignes d'attention.

Herpès constitutionnel cutané. — Nous ne dirons qu'un mot du moins fréquent des trois, l'herpès constitutionnel cutané, ou l'herpès récidivant cutané. (Dès à présent, nous pouvons considérer ces deux désignations comme synonymes, étant donné que la faculté de récidive constitue un caractère presque distinctif en l'espèce.)

Cette variété d'herpès est assez rare. Sommairement, elle consiste en ceci : la production et la répétition plus ou moins fréquente d'une éruption herpétique sur une même région cutanée.

Des exemples frappants de cette modalité éruptive ont été rapportés, par exemple, par M. le Dr Berthelle. Celui-ci a publié, il y a quelques années, la très intéressante observation d'un malade qui, pendant plusieurs années et à plusieurs reprises, fut sujet à de très fréquents accès de migraine, lesquels se terminaient tous, invariablement, par l'éruption d'un groupe herpétique à la région fessière.

Dans une autre observation, nous voyons une jeune femme de 25 ans qui, depuis son enfance, présentait, tous les ans, une éruption d'herpès à la joue droite.

Le docteur Donaud, après s'être inoculé l'herpès plusieurs fois à l'avant-bras gauche, resta sujet à un herpès récidivant de la paume de la main, qui se renouvelait tous les trois ou quatre mois.

M. le docteur Hallopeau a présenté à la Société de dermatologie une jeune femme qui, depuis trois ans, était sujette à des poussées successives d'herpès sur les faces latérales du médius gauche et dans la paume de la main, suivant l'axe du médius (1889, p. 336).

M. le docteur Thibierge a relaté le fait d'une jeune fille qui, depuis plusieurs années, présentait, deux ou trois fois par an, une éruption herpétique sur les joues (*Mercredi médical*, 1890, p. 521).

Ce sont là, à coup sûr, des cas des plus curieux, mais cet herpès cutané est bien loin de présenter l'importance et l'intérêt des deux localisations suivantes.

Herpès récidivant génital. — Décrite de main de maître par un dermatologiste distingué, M. le Dr Dayon, et très heureusement baptisée par lui du nom expressif qui lui est resté et lui restera, cette localisation de l'herpès constitutionnel mérite de nous arrêter longuement.

Nous ne voyons guère cette maladie à l'hôpital, et, surtout dans ce milieu, nous ne la suivons jamais dans son évolution de longue portée. Mais, en revanche, on la rencontre assez fréquemment dans la clientèle de ville, et c'est là seulement qu'on peut l'apprécier d'ensemble, qu'on peut se rendre un compte exact de ce qu'elle est comme fréquence de récidives et comme longévité, qu'on peut se faire une juste idée de la somme de tourments, d'inquiétudes, de vexations, de souffrances morales qu'elle inflige à ses victimes. On comprend alors comment cette affection, si minime en apparence, peut conduire les malades au découragement absolu, au désespoir, à la neurasthénie, à l'hypochondrie, etc.

Ce en quoi elle consiste peut se dire en deux mots: C'est une succession innombrable de poussées herpétiques bénignes qui se produisent sur les organes génitaux.

Voici sous quelle forme on l'observe le plus souvent. Un homme (et généralement un jeune homme) est pris pour une première fois d'une légère explosion herpétique à la verge. C'est une lésion insignifiante qui passe en quelques jours et tout paraît fini. Puis, à quelques semaines de là, se produit sur le même siège une seconde poussée à peu près pareille à la première. Quelques semaines plus tard survient une troisième poussée analogue aux précédentes, affectant encore les organes génitaux. Successivement, et à des intervalles réguliers. apparaissent la quatrième, la cinquième, la dixième, puis la vingtième. la quarantième, la cinquantième poussée et ainsi de suite. Il semble n'y avoir plus de raison pour que cette infirmité prenne fin, et, en effet, cela ne finit pas ou peut ne pas finir pendant de longues années. Tel est, sommairement exposé. l'herpès génital récidivant.

Si nous étudions cette affection en détail, il nous faut noter d'abord ce premier fait qui est curieux. Chacune des poussées qui composent l'ensemble morbide est par elle-même une poussée bénigne, peu importante.

Qu'est-ce qui la constitue en effet? Très généralement, l'apparition sur le prépuce et le gland (siège de prédilection pour cet herpès) de quelques vésicules peu nombreuses et de petit volume.

On en compte 4, 5, 6; quelquefois moins, 2 ou 3; quelquefois une seule.

C'est donc là ce qu'on peut appeler très justement l'herpès bénin.

Il est à remarquer en effet que presque jamais, on peut même dire jamais, on n'observe dans cette forme les types confluents de l'herpès non plus que l'herpès à grosses bulles. Tout se borne, en général, à fort peu de chose en tant que symptomatologie éruptive pour chacune des poussées.

Là n'est donc pas ce qui fait l'importance de la maladie. Ce qui en fait l'importance, l'ennui, l'intolérable supplice même, c'est la récidivité de l'affection. C'est la répétition excessivement fréquente des poussées, et cela pour une durée parfois très longue, pour un véritable bail de l'existence.

Voyons donc comment se présentent ces poussées ultérieures, et d'abord où se font-elles? Toujours au même point: non pas, bien entendu, exactement sur le même territoire occupé par l'explosion antérieure, mais sur les organes génitaux: et là. spécialement. sur la rainure glando-préputiale. sur le prépuce, sur le gland, bien plus rarement sur le fourreau. Quels sont les caractères de ces poussées successives? Toujours les mêmes, ceux d'un herpès bénin, discret. Chacune, sauf quelques exceptions, ressemble à la précédente par ses traits essentiels et toutes ensuite, sous ce rapport, se ressemblent entre elles (Diday et Doyon).

A quels termes, à quelles échéances se succèdent-elles? C'est-à-dire quels intervalles séparent une poussée de la précédente et de la suivante? Ici, on constate de grandes variétés suivant les sujets, suivant l'âge de la maladie et suivant aussi des conditions qui nous restent absolument inconnues.

MM. Diday et Doyon donnent, comme intervalle réglementaire entre deux poussées, la durée de deux mois sans dire toutefois sur quel nombre de cas ils ont établi ces chiffres. En réalité. les choses sont moins réglées. moins assujetties à un ordre fixe, et on peut dire: Il est comme intervalle entre deux poussées successives des variétés infinies. Le plus habituellement, c'est à intervalle de quelques semaines. 4, 5, 6 semaines, que se succèdent les poussées, mais il se peut qu'elles soient plus espacées ou plus rapprochées. Certains sujets en sont quittes pour trois ou quatre poussées par an: ce sont les privilégiés en l'espèce. Chez d'autres, au contraire, les poussées se succèdent. au moins pour un temps, à intervalles de 3 semaines. de 15 jours. Il existe même parfois ce qu'on pourrait appeler des poussées subintrantes; l'une n'est pas achevée ou finit à peine que la suivante entre en évolution. Cela, à la vérité, est assez rare et ne s'observe guère que chez les sujets les plus éprouvés et à l'époque où la maladie est à son maximum d'acuité.

Comme détails intéressants, signalons encore les deux points suivants bien remarqués par MM. Diday et Doyon:

1° Les accès sont en général plus rapprochés au début de la maladie: plus tard, avec le temps, ils tendent à s'espacer, à se distancer.

2° Des poussées un peu plus intenses que d'habitude sont généralement suivies d'un entr'acte plus long.

Une fois inaugurée, la série de ces poussées successives se poursuit, se continue d'une façon inexorable, fatale, quelquefois même avec une véritable ponctualité d'horloge pour certains sujets.

Et si quelques circonstances peuvent la modifier comme échéance d'explosion, rien, en tout cas, ne l'interrompt, n'en suspend le cours.

Rien, sauf une condition unique. et celle-ci d'ordre morbide, à savoir: une maladie intercurrente. On a remarqué nombre de fois que la succession normale, habituelle des récidives était généralement troublée, retardée par l'accession incidente d'une maladie aiguë, angine, rhumatisme. etc.

L'herpès, alors, reste silencieux pour un temps: le malade se croit définitivement guéri. Mais la désillusion ne tarde guère. et derechef l'évolution ancienne reprend son cours. La puissance « dérivative » d'une maladie intercurrente est donc bien certaine; malheureusement, elle n'est que provisoire. On ne l'a jamais vue persistante qu'au prix de perturbations plus profondes, c'est-à-dire de maladies réellement graves. Ainsi, MM. Diday et Doyon n'ont vu céder l'herpès d'une façon définitive qu'à la suite de grandes maladies telles que la fièvre typhoïde, la variole, ou de maladies persistantes telle qu'une « congestion hémorroïdaire devenue permanente ».

Combien de temps peut donc durer cette singulière faculté de récidive: est-il possible de préciser en chiffres?

Il est fort embarrassant de répondre à une semblable question. Pour fixer une moyenne. il faudrait de multiples observations. et personne sans doute n'en dispose.

C'est qu'en effet, les observations complètes en l'espèce sont rares. L'herpès génital récidivant est une de ces maladies dont on voit le commencement, dont on suit l'évolution pour un certain temps, mais dont la fin échappe le plus souvent.

Les malheureuses victimes de cette odieuse maladie viennent bien à l'origine nous montrer leur mal, nous assiéger de leurs doléances. puis, découragés par l'insuccès des médications tentées en leur faveur, ils finissent par déserter nos cabinets: nous ne les voyons plus. Faut-il attribuer leur disparition à la guérison de leur affection, ou à la lassitude qu'ils ont de leur médecin? Il est impossible de le savoir le plus souvent. C'est dans ce fait que réside surtout, pour ce cas spécial, l'impossibilité de toute statistique.

En tout cas, il est un point que nous savons, que même nous ne savons que trop. c'est que l'herpès génital récidivant est susceptible d'une longue. d'une très longue durée: c'est qu'il peut durer même plusieurs années.

Voici quelques résultats empruntés à mon expérience personnelle :

D'abord. les cas où l'herpès a duré sous mes yeux (sans préjuger de la survie au delà de mon observation personnelle) de 18 mois à deux ans, ne se comptent plus. Je n'en parlerai donc pas.

En second lieu, les cas où des récidives d'herpès se sont produites pour une durée de 2 à 3 ou 4 ans ne sont pas rares.

Sur 5 de mes malades, j'ai vu les poussées se reproduire pendant 5 à 6 ans; sur deux autres pendant 7 ans: enfin. sur un dernier, les poussées persistaient depuis 10 ans.

Des faits semblables ont été maintes fois observés et se trouvent consignés dans la science. Ainsi, à n'en citer qu'un seul, un interne de Bordeaux, M. Sabrazès, a relaté le cas d'un jeune homme qui, depuis dix ans, était sujet à des poussées subintrantes d'herpès récidivant à la verge et à la bouche.

Il y a plus d'ailleurs. Un malade de M. Doyon, âgé de 55 ans, n'avait pas cessé depuis 30 ans d'avoir plusieurs fois annuellement des éruptions circonscrites sur le gland ou le prépuce, et cela en dépit des traitements les plus rationnels, voire les plus extraordinaires.

A ce compte, on serait vraiment autorisé à préjuger que cette prédisposition à l'herpès peut n'avoir pas de fin. Ce serait une erreur. Si prolongée que soit en quelques cas l'aptitude aux récidives, elle connaît une limite; à la longue elle prend fin.

D'abord, il est certain que cette aptitude décroît avec l'âge, avec la moindre activité qu'imprime l'âge aux fonctions génitales. Mais, en second lieu, il n'est pas moins acquis par de nombreux faits que cette disposition, même dans la jeunesse, peut n'avoir qu'un temps. Il n'est pas rare de la voir s'atténuer, s'affaiblir et même s'éteindre après quelques années. Je connais plusieurs malades qui en ont été libérés après 3 ou 4 ans. Cette moyenne est celle que je crois applicable non pas, certes, à tous les cas, mais à la majorité des cas.

La symptomatologie de l'herpès génital récidivant ne se compose pas seulement de cette interminable série d'explosions herpétiques sur la verge. Elle comporte en plus un tout autre ordre de troubles, à savoir des troubles moraux qui peuvent à la longue retentir sur l'état physique. Elle a, dirai-je. son côté moral.

Et rien d'étonnant à cela. Quoi de mieux fait pour retentir sur le moral que cette condamnation pour de longues années à de perpétuels assauts d'un mal énervant, fastidieux, vexatoire? A divers titres ces incessantes explosions d'herpès inquiètent et irritent les malades.

C'est d'abord l'incertitude sur la qualité même des lésions. Que sont ces lésions? ne seraient-ce pas des chancres, et des chancres syphilitiques? Car ainsi que le disait Ricord, « il est un heureux âge où l'on est presque toujours au lendemain d'un coït suspect ». Ceci est un premier sujet d'alarme.

Puis ensuite vient l'obsession d'une maladie incessante, qui exige des soins constants et qui n'est jamais finie: d'une maladie qui s'attaque à la verge et comporte pour tout le monde l'aspect, les apparences d'une affection vénérienne; d'une maladie qui interdit les rapports, qui exige une hygiène, un traitement, etc.

Puis surgit dans l'esprit de nombre de malades des appréhensions d'un autre ordre. Avec une pareille maladie peut-on se marier? En cas de mariage, que seront les enfants? Ne communiquera-t-on pas son mal à sa femme? Que pensera-t-elle de vous? etc.

Si bien qu'en raison de ces divers sujets de crainte, en raison aussi (pour le dire à l'avance) de l'insuccès de toute médication repressive, l'herpès génital récidivant. cette petite maladie insignifiante en soi, n'aboutit à rien moins qu'à empoisonner l'existence. Il devient un cauchemar assidu, une obsession perpétuelle.

Ainsi qu'ils nous le racontent, les malades en arrivent à ne plus penser qu'à cela, à n'avoir plus que cela dans la tête.

Nombre d'entre eux tombent dans un véritable état de découragement, de tristesse, de dégoût d'eux-mêmes, de langueur apathique, de morosité. Ils assiègent les cabinets des médecins, courent de consultation en consultation, essaient de cent remèdes et deviennent une proie facile pour les charlatans. Certains malades aboutissent même à une véritable incapacité intellectuelle: quelques-uns, enfin, tombent du fait de cet état moral dans la neurasthénie.

Il en est même un autre groupe (celui-ci très bien décrit par MM. Diday et Doyon) qui, du fait de l'herpès génital récidivant, aboutissent à la syphilomanie. Ces récidives d'herpès sont prises par eux pour de la vérole. Le médecin leur répète vainement que leur mal est absolument étranger à cette grande maladie; il ne parvient pas à les dissuader. Ils pensent que celui-ci nie la syphilis pour les rassurer, les consoler, mais il leur reste la certitude qu'ils sont « empoisonnés de vérole », ce dont témoignent bien à leurs yeux les récidives incessantes d'un mal qui se porte toujours à la verge.

De la syphilomanie à l'hypochondrie, à la mélancolie, il n'y a qu'un pas et ce pas est bien vite franchi. Et alors tout est possible, jusqu'aux idées de suicide, jusqu'au suicide lui-même. « L'herpès récidivant, disent MM. Diday et Doyon. compte plus d'un suicide dans son histoire. »

(A suivre.)

QUESTION DU JOUR

La lutte contre la tuberculose en Danemark.

La lutte contre la tuberculose, déjà organisée dans plusieurs pays de l'Europe et des Etats-Unis, paraît devoir faire des rapides progrès en Danemark.

Il y a déjà plusieurs années que M. le professeur Bang de Copenhague s'est attaché à résoudre le difficile problème de l'extinction de la tuberculose bovine et ses efforts persévérants ont déjà été couronnés d'un certain succès.

De son côté, M. le docteur Ch. Saugman d'Horsens, s'est fait l'apôtre de la lutte contre la tuberculose humaine en Danemark et au commencement de l'année dernière il m'a fait l'honneur de m'écrire pour me demander des renseignements sur le fonctionnement de l'œuvre française de la tuberculose, sur les instructions au public rédigées par notre commission permanente, etc.

Le 29 août dernier, M. Saugman fit à la Société des médecins danois un rapport sur la question et la Société nomma séance tenante une commission composée de MM. les docteurs Schepelern, Trautner et Saugman, chargés de rédiger des « instructions pour prévenir la tuberculose » sur le modèle des instructions françaises, et qui, imprimées aux frais de la Société des médecins danois, seront distribuées gratuitement. En même temps fut formée, sous la présidence de M. le professeur Reisz, une Société des sanatoria pour phtisiques.

Enfin la Société adopta une résolution recommandant la désinfection obligatoire en cas de décès par tuberculose et facultative en cours de maladie. Jusqu'alors il n'existait que dans Copenhague une désinfection gratuite pour les indigents tuberculeux.

Depuis 1875, il existe un hôpital maritime pour les enfants scrofuleux fondé par l'initiative privée du docteur Engelsted et dirigé par le docteur Schepelern, richement doté, très bien organisé; de plus, quelques colonies d'été au bord de la mer. Pour les phtisiques, il n'existe pas encore de sanatoria, mais M. Saugman a présenté à la Société des médecins danois un plan complet pour un sanatorium de 65 lits qui serait construit à Pakkigrav sur la côte nord de Vejlsfjord (Jutland) à 300 m. du bord de la mer, en pleine forêt, et à l'abri des vents du nord, de l'est et de l'ouest. Les dépenses sont évaluées à 370,000 fr., non compris le terrain.

La Société adopta à l'unanimité la résolution suivante : La création d'un sanatorium pour phtisiques dans notre pays est une des plus pressantes mesures à prendre contre la tuberculose et nomma pour la création d'un sanatorium une commission composée de MM, les professeurs Reisz (président), Trier (vice-président), Gram, les docteurs Schepelern, Mygge, Caroe, Saugman, Borch, Mulvad, Faartoft, Ussing et Lutzhoft (secrétaire). La commission invita les médecins à prendre des actions pour une Société des sanatoria pour phtisiques et cette invitation fut accueillie de telle façon qu'en 15 jours 400 collègues avaient souscrit une somme de 40,000 fr. et à la fin de novembre le public sollicité par les médecins avait souscrit une somme de 263,000 fr.

Le premier sanatorium sera destiné à des malades payants au prix journalier (tout compris) de 7 à 8 fr. 50; mais le revenu des actions étant limité à 4 0/0 par an et le surplus des bénéfices étant destiné à payer des places pour indigents, on espère, à l'aide de dotations de l'Etat, etc., pouvoir abaisser la moitié des places à 3 fr. 50. La pensée de la Commission est de créer le plus tôt possible, ensuite, un sanatorium pour des indigents à un prix assez modéré (1 fr.) qui n'excédera pas les ressources des caisses de malades.

On n'ose pas encore commencer un sanatorium de ce genre, le public n'étant pas encore assez instruit sur l'utilité d'un tel établissement et sur la curabilité de la maladie.

M. Saugman, qui a bien voulu me communiquer ce qui précède, espère que ce sanatorium sera ouvert dans l'été de 1898.

L.-H. Petit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février. — Présidence de M. Théophile Anger.

Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine.

(Suite de la discussion.)

M. Tuffier. — J'aborde la discussion parce que, par un simple effet du hasard, de 1891 à 1895, j'ai eu l'occasion d'avoir à traiter 35 cas d'hématocèle rétro-utérine. Ce chiffre est suffisant, je crois, et j'ai d'autre part pu suivre mes malades assez longtemps pour apporter ici des observations de quelque valeur.

Comme M. Segond, je diviserai les grossesses extra-utérines en grossesses avant le cinquième mois et grossesses après le cinquième mois. Toutes mes observations ont trait à des grossesses avant le cinquième mois. Ce sont, d'ailleurs, à mon avis, les seules qui relèvent directement du chirurgien. Encore n'avons-nous à intervenir, dans ces conditions, que quand la grossesse se complique. Trois sortes de complications peuvent survenir : *a*) la rupture intra-péritonéale suivie d'hémorrhagie; *b*) les hématocèles rétro-utérines et *c*) les hématocèles suppurées.

Je crois, en effet, qu'il faut distraire les ruptures, dont l'hémorrhagie inonde le péritoine des hématocèles proprement dites. Quant au premier cas, voici ma statistique. J'ai vu quatre cas d'inondation du péritoine, à la suite de la rupture de la grossesse ectopique. Je suis intervenu trois fois. Dans tous les cas, le tableau clinique a été le même, rappelant, à s'y méprendre, celui de la péritonite aiguë par perforation. Mes malades ont toujours été primitivement placées, en arrivant à l'hôpital, dans un service de chirurgie.

Je dis cela pour répondre à M. Bouilly, qui prétend que la grande rareté de semblables faits est due à ce que des malades de ce genre sont tout d'abord placées dans des services de médecine.

Dans trois cas donc, je suis intervenu : deux fois le deuxième jour, et la troisième fois le troisième jour après le début des accidents.

Le diagnostic de ces accidents est difficile, je m'empresse d'en convenir. Une fois j'avais pensé qu'il s'agissait là d'une péritonite, une autre fois, mon diagnostic était demeuré incertain. Une troisième fois, enfin, j'avais, instruit par les faits précédents, tout de suite pensé à une hématocèle rompue dans le péritoine. Néanmoins, ma conduite n'a pas varié. J'ai toujours fait la laparotomie médiane. Deux fois j'ai trouvé une grossesse extra-utérine avec fœtus. La troisième fois, je n'ai pu que tamponner la cavité péritonéale, sans pouvoir enlever la trompe rompue qui adhérait. Quant à ma quatrième malade, elle a guéri toute seule après avoir suppuré et ouvert dans son rectum le foyer suppurant.

Quoi qu'il en soit, je ne saurais tirer une conclusion de tous ces faits. Toutes mes malades, conformes, en cela, aux malades de leur catégorie, étaient dans un grand état de *shock*. Elles avaient déjà perdu beaucoup de sang. Tout ce que je puis dire, c'est que de semblables accidents doivent être opérés avec la plus grande diligence, qu'il faut enlever, par la laparotomie, les organes lésés, après avoir débarrassé tout l'abdomen du sang épanché en abondance entre les anses intestinales et dans le bassin. Je dis qu'il faut intervenir par la laparotomie, car je ne sache pas que l'on discute sur la voie à suivre dans ces cas-là. Tout le monde est d'accord sur ce point.

Mes autres observations ont trait à des cas d'hématocèle simple. Pour ces cas j'admets, à l'exemple de MM. Segond et Bouilly, que l'incision vaginale est l'opération de choix. En 1891, j'ai fait cependant la laparotomie dans de telles conditions. J'ai eu deux morts manifestement consécutives à l'opéra-

tion. En revanche, j'ai fait quatorze fois l'incision vaginale avec succès. J'ai drainé longtemps les kystes sanguins; j'ai vu persister quelquefois, comme M. Reynier, de l'empâtement du petit bassin, mais jamais mes malades ne sont revenues me demander des soins, et je suis en droit de les considérer comme guéries. Je pense qu'il faut faire cette incision vaginale aussitôt l'accident, si la tumeur rétro-utérine prend un développement croissant. Je pense, au contraire, que l'on doit la différer pendant quelque temps, si l'hématocèle est manifestement enkystée.

Je crois encore qu'il est préférable de faire l'incision postérieure dans le cas de suppuration de l'hématocèle.

Reste maintenant la question des indications de l'hystérectomie vaginale. A mon avis, on doit, sans hésiter, la préférer à la laparatomie toutes les fois que l'on suppose des lésions annexielles suppurées accompagnant l'hématocèle.

M. Reynier. — Je veux faire une courte réponse. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est un diagnostic de présomption avant le cinquième mois. Quand l'hémorrhagie se produit, je ne puis pas davantage dire si elle est due à une rupture de salpingite hémorrhagique ou à une rupture de grossesse extra-utérine. C'est pour cela que je dis qu'il faut faire une opération qui s'applique à tous les cas. Je vous ai cité déjà les accidents qui avaient accompagné l'incision vaginale: hémorrhagies, infection des caillots. Cette incision est, en somme, moins brillante qu'ont bien voulu le dire MM. Segond et Bouilly. J'admets qu'elle est bonne à une époque éloignée du début des accidents où l'on peut craindre l'infection, mais à une époque récente, où l'on ne craint pas encore l'infection de l'hématocèle, c'est la laparotomie qu'il faut faire.

Si les malades de M. Segond ne sont pas revenues le consulter, cela veut-il dire qu'elles soient définitivement guéries? Tout le monde sait, au contraire, quelle crainte a de son chirurgien la malade qui a déjà refusé la laparotomie, et je crois qu'elle ne lui avoue pas ses souffrances tant qu'elle peut les endurer. Je conclus donc en disant que, dans le cas d'hématocèle, l'incision vaginale est l'opération de nécessité, l'opération d'attente, tandis que la laparotomie est l'opération de choix.

M. Picqué. — Je ne puis pas encore donner ma réponse puisque tous les orateurs inscrits pour la discussion n'ont pas parlé; mais, jusqu'ici, je constate que M. Reynier est le seul de son opinion.

M. Ricard. — L'accord semble fait entre les chirurgiens quand il s'agit de grossesse extra-utérine après le sixième mois. Nous faisons tous la laparatomie.

La discussion s'engage sur les grossesses plus jeunes, interrompues par des complications. Pour les hématocèles à froid, les hématocèles anciennes, personne ne songe, je suppose, à faire l'hystérectomie vaginale. C'est seulement dans le choix de l'incision vaginale ou de la laparotomie que siège le débat.

Je dois dire que je me suis trouvé très bien des deux façons d'opérer. Dans les cas, qui sont à la vérité les plus nombreux, d'hématocèle rétro-utérine bien localisée et enkystée, je fais, volontiers, l'incision vaginale. Mais dans tous les cas complexes ou de tumeur haut située, cas où le diagnostic est moins net, je fais la laparotomie. Dans les deux cas je n'ai eu que des succès. Il ne s'agit donc pas d'opérer systématiquement de telle ou telle façon, mais il s'agit d'opérer suivant les indications.

Je veux maintenant insister sur les ruptures brusques de grossesses s'accompagnant d'inondation du péritoine par le sang. On pensait autrefois que ces épanchements sanguins s'enkystaient toujours. C'est dans cette opinion que j'ai été élevé. Je l'ai défendue longtemps. Mais aujourd'hui je ne la défends plus. On a eu raison de montrer, dans les travaux récents, que l'enkystement de l'hémorrhagie par rupture de grossesse extra-utérine était l'exception et ne se produisait que 14 ou 15 0/0 des cas. De là, ce n'est plus à l'expectation qu'il faut avoir recours, mais à la laparotomie d'urgence. Outre les trois observations rappelées par M. Bouilly, au cours de la dernière séance, je connais une observation de cette nature qui est due à mon collègue et ami M. Rochard, et j'ai pu en réunir une centaine d'autres.

La conclusion à tirer de tout ceci, c'est qu'il faut opérer d'urgence, par la laparotomie, les accidents d'hémorrhagie par rupture brusque de grossesse extra-utérine.

M. Terrier. — J'apporte ici mes impressions de chirurgien et surtout d'opérateur. Je n'insiste pas sur les opinions que M. Ricard vient d'émettre au sujet de l'intervention dans les cas d'hémorrhagies intra-péritonéales. Je n'ai jamais compris qu'un chirurgien pût hésiter à ouvrir le ventre pour voir le point qui saignait et le lier.

Mais, quand on parle d'hématocèle, il y a une autre question qui se pose. C'est ici que s'affirme la tendance des chirurgiens. Or, nous pouvons nous diviser en deux catégories bien distinctes: plusieurs chirurgiens n'aiment pas à ouvrir l'abdomen; d'autres sont, au contraire, portés à l'ouvrir. Pour moi, je suis de ces derniers. Hier encore, j'ai mis ces idées en pratique pour une hématocèle brusque chez une malade qui avait déjà eu de l'hématocèle. A Bichat, même, je crois pouvoir dire que j'ai toujours opéré l'hématocèle par la laparotomie. Mes résultats ont été moins brillants autrefois qu'ils ne le sont aujourd'hui. Cela s'explique assez bien par l'insuffisance ancienne de notre asepsie.

Voici pourquoi je fais la laparotomie:

Contrairement à M. Bouilly, je crois que toutes les femmes qui présentent des hématocèles ont déjà eu des lésions des annexes et qu'elles ont un passé génital. Avec une telle opinion, il va de soi que l'incision vaginale ne peut être pour moi qu'une opération fatalement insuffisante. Elle crée des adhérences qui sont une cause de stérilité et elle ne supprime pas les annexes lésées. Tandis que c'est tout le contraire pour la laparotomie, qui ne supprime que les annexes du côté malade et ne prive pas la femme de conceptions ultérieures. Il me semble donc que cette dernière conduite est la vraie. C'est une conduite peut-être plus hardie que la vôtre, mais elle a l'avantage de remettre les choses en état.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Pansements occlusifs aseptiques dans l'opération de la cataracte.

M. Galezowski annonce qu'il a abandonné l'usage des liquides antiseptiques, qui ont le désavantage d'irriter la plaie de l'œil et de nuire à sa réunion par première intention. Il n'emploie plus que la méthode aseptique à l'aide d'un taffetas spécial flexible et adhésif.

Nouveau procédé d'amputation de cuisse et de hanche. Amputation discordante.

M. Chaput. — Lorsqu'on fait une amputation de cuisse sous-trochantérienne à lambeaux, le malade perd habituellement une quantité de sang considérable. Cette hémorrhagie est occasionnée: 1° par l'insuffisance de la compression de la fémorale rendue très difficile par les mouvements auxquels on soumet le membre pendant le relèvement des lambeaux; 2° par la section des veines fémorales superficielle et profonde et de leurs principaux affluents.

Il est à peu près impossible d'éviter cette perte de sang parce que l'emploi de la bande d'Esmarch est impraticable, parce que le pincement des vaisseaux est difficile tant que l'os reste en place et enfin parce que les sinus gêneraient pour rétracter les lambeaux et scier l'os.

Pour remédier à ces inconvénients, j'ai opéré de la façon suivante sur un de mes malades. C'était un jeune homme atteint d'une ostéomyélite ancienne du fémur, avec lésions très élevées de cet os et pyarthrose du genou. Le malade était très infecté et très faible.

Je procédai donc de la façon suivante: Je fis d'abord une ostéotomie sous-trochantérienne, puis une section circulaire de la

peau et des muscles jusqu'à l'os, à la partie inférieure de la cuisse; enfin, je réunis l'ostéotomie et la section circulaire par une incision verticale externe longue de 25 centimètres environ, au moyen de laquelle je dénudai l'os jusqu'à ce que l'amputation fut terminée.

J'appelle ce procédé « discordant », parce que l'incision cutanée basse et la section osseuse élevée sont en désaccord apparent.

Ce procédé présente les avantages suivants :

L'opération est très rapide et très facile; le malade ne perd pas de sang; les surfaces cruentées sont deux fois moins étendues que dans l'amputation sous-trochantérienne à lambeaux. Enfin, le moignon obtenu est admirable, comme on a pu le voir sur le malade que j'ai présenté.

On peut appliquer les mêmes principes à la désarticulation de la hanche qui se fera en quatre temps : 1° ostéotomie du col fémoral; 2° section circulaire des parties molles au bas de la cuisse; 3° incision externe réunissant l'ostéotomie et la section circulaire; 4° extirpation facultative de la tête et du col.

M. Berger. — Sans nul doute, le procédé opératoire que vient de nous décrire M. Chaput est ingénieux et l'on peut y avoir recours, mais il ne sera jamais, je crois, que très exceptionnellement indiqué. On peut éviter les grandes pertes de sang, dans les amputations de la cuisse, par la seule compression de la fémorale au niveau du pli de l'aine. Une telle conduite, du moins, me suffit toujours dans des opérations de cette nature.

M. Poirier. — Je trouve un peu compliquée la façon dont M. Chaput entend faire l'amputation élevée de la cuisse. Ensuite, dans l'amputation sous-trochantérienne, je n'ai jamais remarqué qu'il y eût des hémorrhagies aussi grandes que M. Chaput se plaît à le dire. Il me semble, enfin, que le malade, présenté l'autre jour par M. Chaput (Voir *Gazette Médicale* du 1er février 1896), portait un long moignon ballottant, sans consistance. Ce moignon, s'il ne se rétracte pas, sera plus tard une gêne pour l'usage d'un appareil prothétique.

M. Ricard. — Quand il faisait l'amputation de la cuisse M. Verneuil commençait par lier la fémorale ; puis taillait le lambeau antérieur, sciait le fémur et ensuite, seulement, il taillait, le bistouri à la main, le lambeau postérieur, en pinçant les artères au fur et à mesure qu'elles se présentaient. L'opération était longue, mais le malade ne perdait presque pas de sang et chacun de nous se rappelle avec quel soin jaloux M. Verneuil s'occupait de l'hémostase au cours de ses opérations.

M. Chaput. — J'accepte les remarques de M. Berger qui m'a dit que mon procédé d'amputation de la cuisse était une opération d'exception.

Je répondrai maintenant à M. Poirier, que le moignon de mon opéré s'est déjà considérablement rétracté et durci, et qu'il n'engendrera aucune difficulté pour l'application d'un appareil prothétique. Je maintiens que mon opération est simple, facile, plus simple et plus rapide même que le procédé ordinaire, n'exigeant pas, enfin, le concours d'aides expérimentés.

Présentation de malade.

M. Ferraton (médecin militaire) présente un malade qui a été atteint de fracture de la jambe compliquée de plaie et de suppuration. Huit mois après l'accident, ce malade présentait une pseudarthrose que l'auteur a opérée en faisant la suture osseuse. Il n'a pas trouvé d'éléments fibreux ni musculaires interposés entre les fragments. Aujourd'hui, le malade marche parfaitement avec un léger raccourcissement de la jambe fracturée.

Présentation de pièces.

SUR UNE FORME RARE D'ARTHRITE TUBERCULEUSE DU GENOU

M. Quénu. — Voici une synoviale articulaire que j'ai réséqué dans les conditions suivantes: Il s'agissait d'un malade âgé de trente et un ans, qui avait été atteint, plusieurs années auparavant, d'une série d'attaques de rhumatisme articulaire aigu guéries par le salycilate de soude.

Il est entré dans mon service avec le diagnostic d'hydarthrose lente, sans réaction douloureuse ni contraction musculaire réflexe. Ses orteils présentaient les déviations du rhumatisme chronique. Son genou gauche était globuleux, tuméfié. On trouvait manifestement le choc rotulien. Mais sur la face interne de ce genou, il y avait quelque chose qui ressemblait à un corps étranger extra-articulaire, sous-synovial. L'affection du genou remontait à un an. Ce malade enfin présentait un foyer d'induration sous la clavicule droite.

J'ai commencé par opérer ce malade dans le but de faire une simple arthrotomie et d'extraire le corps étranger. Quelle n'a pas été ma surprise en voyant que la soi-disant production sous-synoviale était une frange intra-synoviale, pédiculée à la face interne de la séreuse, et libre dans la cavité articulaire. En explorant l'articulation, mon doigt rencontra, ensuite, une multitude de productions semblables. Aussi, soupçonnant qu'il s'agissait là d'une forme rare de tuberculose synoviale qui n'est généralement pas décrite, j'ai fait la résection totale de la synoviale; puis j'ai gratté deux petits évidements osseux siégeant sur les faces latérales de chacun des condyles fémoraux. J'ai terminé l'opération par la suture des extrémités osseuses labiales et fémorales préalablement sciées.

Comme vous pourrez le constater sur cette pièce, il s'agit là d'une variété de tuberculose articulaire à point de départ exclusivement synovial et ayant produit les nombreuses franges que voici. L'examen histologique a confirmé le diagnostic clinique et montré dans ces franges la présence de follicules tuberculeux types avec la cellule géante centrale et la double couronne de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1896.

Discussion sur l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire.

M. Terrier. — La contagion de la tuberculose peut être étudiée à la ville et dans les hôpitaux ; je me bornerai aujourd'hui à l'étude des faits dans les milieux hospitaliers. Là, en effet, le phtisique est absolument confondu avec les autres malades qui sont soumis à la contagion et dans les conditions les plus favorables au développement de la maladie. On s'est demandé à cette tribune si la tuberculose était contagieuse.

Une semblable question, à l'heure actuelle, me paraît extraordinaire, et, dès maintenant, je tiens à faire devant vous la profession de foi la plus formelle : je crois que la tuberculose est essentiellement contagieuse, qu'elle est extrêmement contagieuse, au même titre que la variole, que la rougeole, que la diphtérie, etc., etc. Et cette déclaration, je la fais comme médecin, comme chirurgien, comme vétérinaire.

Les preuves mathématiques que l'on demandait dans la dernière séance, je ne puis les donner, et personne ne les fournira jamais, car les malades soumis à la contagion peuvent ne devenir des tuberculeux avérés que longtemps après leur sortie de l'hôpital.

Mais il est une catégorie de personnes sur lesquelles nos études peuvent porter avec plus de fruit; ce sont celles qui demeurent à l'hôpital, qui y passent leur vie : infirmiers, surveillantes, personnel subalterne, etc. Or, ces personnes, soumises journellement à la contagion, présentent une mortalité vraiment effroyable.

A l'hôpital Bichat, le seul dont je veuille parler, le nombre des décès par tuberculose survenus dans cette catégorie de personnes,

dans ces dernières années, a été si grand que je mets au défi M. le directeur de l'Assistance publique d'en produire le chiffre.

La contagion est donc indéniable, et si l'enquête était suivie plus rigoureusement, elle montrerait qu'à côté des cas mortels, il existe un nombre considérable de lésions tuberculeuses passagères ou chroniques relevant du même mode de contagion.

J'ai vu de la même façon le personnel médical de mon service (stagiaires, externes, internes) payer un fort tribut à la contagion et la tuberculose a toujours touché de préférence ceux que leur zèle ou la nature de leurs fonctions retenaient plus longtemps dans nos salles.

Voilà les faits. Ils sont d'observation journalière et l'administration de l'Assistance les connaît bien, attendu que nous ne lui avons pas ménagé les avis.

Or, qu'a-t-elle fait ? Tout le contraire de ce que nous demandions. Nous avons réclamé, par exemple, la suppression des poussières. Eh bien, sous les fenêtres d'une salle de médecine, à l'hôpital Bichat, on manipule de la laine toute la journée pour la confection des matelas. Comme je protestais, on répondit que cette laine sortait de l'étuve et ne contenait plus aucun germe.

Or, j'ai constaté que cette étuve était si parfaite qu'on retrouvait dans les matelas les insectes (poux, punaises, etc.) vivants après la stérilisation.

Dans nos hôpitaux, les crachoirs sont absolument inutiles; les malades crachent à côté ou parfois sur les murs, mais dans les crachoirs, jamais. Cela tient surtout à ce qu'au lieu d'être placés à une certaine hauteur ces appareils reposent sur le sol, et par négligence ou maladresse, on ne les utilise pas.

Enfin la désinfection des salles est inconnue — à Bichat, les salles de médecine n'ont jamais été désinfectées depuis 1883; elles suent la tuberculose. — Les logements des employés qui ont succombé à la maladie ne sont soumis à aucune désinfection et celle-ci est refusée, même lorsqu'on la demande instamment. Une surveillante dont le mari mourut tuberculeux dans son logement, réclama, pour ses enfants, la désinfection de sa chambre. Elle dut, ayant essuyé un refus formel de l'administration, payer elle-même les frais de cette mesure de simple hygiène.

En terminant, je crois devoir signaler encore l'encombrement de nos salles. Ma salle d'hommes contient 30 lits montés; elle est toujours remplie par 70 malades. On conçoit de la sorte la facilité de la contamination.

Celle-ci est encore favorisée par l'échange continuel de brancards qui se fait entre les services de médecine et de chirurgie. Le régime actuel des circonscriptions — que j'ai déjà appelées électorales — ne diminue pas cet encombrement; loin de là. La circonscription de l'hôpital Bichat comprend 162,000 personnes; il s'en présente 125 environ tous les jours à la consultation pour un service de 60 lits.

Comment éviter, dans ces conditions, l'encombrement des salles et le surmenage du personnel médical et du personnel hospitalier.

Ma conclusion, c'est que si l'hygiène hospitalière a ses règles nettement établies, elles sont chez nous partout violées. L'administration, par son incurie, semble vouloir favoriser la dissémination de la tuberculose. Il ne faut donc pas s'étonner que la tuberculose se sème dans des milieux hospitaliers si aisément, puisque l'infection, qui est indiscutable, trouve dans nos malades et dans notre personnel surmené un terrain très propice.

Nous devons au contraire proclamer ces vérités et non chercher à les atténuer, car les victimes de la tuberculose ici ce sont encore et surtout les petits, c'est-à-dire les malades qui viennent à l'hôpital chercher la santé, et les employés dont le dévouement mérite tous nos égards.

M. François-Franck. — Je viens appuyer l'opinion émise par M. Terrier. Depuis que l'on a constaté des morts causées par les manipulations de tuberculoses à l'état sec, j'ai absolument défendu l'entrée de ces tuberculoses dans mon laboratoire.

M. Debove. — Je monte à cette tribune surtout pour faire, comme M. Terrier, une profession de foi, car les expériences qui ont démontré la contagion de la tuberculose sont si nombreuses, si connues, que je ne me permettrais pas de les rappeler.

La contagion, a-t-on dit avec raison, se fait par les poussières; mais si les poussières sont dangereuses, c'est parce qu'elles renferment le bacille de Koch, et le meilleur moyen pour éviter dans les salles communes le danger par les poussières, c'est d'isoler les tuberculeux.

La démonstration scientifique de la contagion de la tuberculose à l'hôpital se heurte à une difficulté : le manque de certitude pour affirmer qu'un malade, soit à l'entrée, soit à la sortie de l'hôpital, est indemne à ce point de vue. Le seul moyen, qui donnerait toutes garanties à ce sujet, serait l'inoculation de tuberculine à l'entrée des malades, puis au bout d'un certain temps de séjour. Mais en raison des accidents graves déterminés par la tuberculine, cette méthode ne saurait être appliquée, au moins en ce moment.

Du reste, il y a désaccord entre notre pratique dans la clientèle civile et à l'hôpital.

Laisserions-nous un de nos clients habiter un local infecté par un tuberculeux avant qu'une rigoureuse désinfection ne soit pratiquée? Laisserions-nous le frère d'un tuberculeux cohabiter avec ce malade sous prétexte qu'on a placé dans l'appartement des crachoirs à liquide désinfectant? N'est-ce-pas là cependant ce qui se passe journellement dans les hôpitaux?

Le danger que le tuberculeux représente pour son entourage est tel que dans l'armée, pour protéger les autres soldats, on réforme les tuberculeux dès que la maladie est diagnostiquée — à moins que des raisons politiques ne s'y opposent. (*Rires.*)

Je ne crois pas que, pour empêcher la contagion de la tuberculose à l'hôpital, il y ait lieu d'exciter l'administration à ne plus balayer les salles, car déjà c'est une opération à laquelle on se livre rarement. Il y a mieux à faire : c'est l'isolement.

(*Bulletin Médical.*)

De la contagion de la tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux.

M. Jaccoud. — Il y a six ans l'orateur a déjà eu l'occasion d'insister sur la nécessité de séparer tout à fait dans les hôpitaux les tuberculeux des autres malades. Il cite aujourd'hui trois cas où la tuberculose semble bien due à la contagion hospitalière. Dans ces observations, l'on voit trois malades chez lesquels un traumatisme dans la région thoracique a créé un foyer de moindre résistance, au niveau duquel se sont développés les bacilles de Koch. Ces bacilles ont été certainement acquis par l'un de ces malades à l'hôpital, puisqu'il n'a pas quitté l'hôpital depuis son traumatisme jusqu'à sa mort. Le fait est aussi probable pour les deux autres.

Il y a aussi danger pour le tuberculeux qui cohabite avec d'autres malades, car les autres microbes, comme le streptocoque, le pneumocoque, viennent hâter l'action du bacille de Koch.

Une bonne hygiène hospitalière doit donc être établie, et avant tout il faut supprimer les poussières dans les salles d'hôpitaux, véhicules habituels de tous les microorganismes pathogènes.

M. Duguet. — Voilà dix ans que je réussis à supprimer la poussière en supprimant le balayage. Les planchers sont calfatés et vernis, ce qui permet de les laver. De même j'emploie des crachoirs avec de l'eau, pour que la dessication des crachats ne puisse se faire.

M. Nocard appuie les conclusions précédentes par des exemples tirés d'observations de bovidés, chez qui la contagion est tout aussi manifeste que chez l'homme. Il voudrait que des mesures prophylactiques fussent affichées dans les écoles communales et les lieux publics.

M. Péan dit que les poussières transmettent d'autres infec-

tions que la tuberculose, d'où leur danger dans une salle d'opérés.

M. Tarnier ajoute que les hôpitaux sont construits de façon à accumuler la poussière. Il faudrait supprimer les saillies, les corniches, les cimaises.

M. Dumontpallier trouve que, si la contagion de la tuberculose est prouvée expérimentalement, elle n'est pas fréquente en réalité.

M. Duguet, répondant à M. Tarnier, dit que dans son service les rideaux ont été supprimés, et que les chaises, les tables de nuit, la literie ont été modifiées de façon à pouvoir être lavées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 janvier.

Ulcère gastrique avec tumeur volumineuse. Gastro-entérostomie. Disparition des accidents et persistance de la tumeur.

M. Chaput. — La malade, âgée de trente-quatre ans, a été soignée, il y a un an et demi, à Saint-Antoine pour une dilatation de l'estomac avec ulcère gastrique. Depuis lors, elle souffre davantage; les douleurs sont plus vives un quart d'heure après le repas. Elle vomit fréquemment ses aliments. Pas d'hématémèse proprement dite, mais on trouve dans ses vomissements un peu de poussière noire comme du marc de café.

La malade resta quelques mois sans souffrir, et elle s'aperçut, par hasard, de la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule au niveau de la région ombilicale.

En janvier 1895, les douleurs stomacales reprennent, ainsi que les vomissements alimentaires. La tumeur ombilicale augmente de volume et devient douloureuse. La malade entre à Tenon, en médecine, chez M. le Dr Florand, puis en chirurgie, salle Delessert.

A l'examen, on trouve un ventre rétracté, en bateau; une tuméfaction normale fait saillie à l'ombilic.

A la palpation, on constate que cette tumeur est à peu près large comme la paume de la main; elle siège derrière la paroi abdominale; elle est mobile de haut en bas quand la malade respire ou quand on pousse la tumeur avec les doigts.

La pression sur cette tumeur est douloureuse; l'estomac est dilaté, il descend à trois doigts au-dessous de l'ombilic. On obtient le clapotement à la palpation et à la succussion.

Depuis son entrée dans le service, la malade vomit presque tous les aliments; elle est très amaigrie, mais son facies est assez bon.

Rien au poumon, ni au cœur, ni dans les urines.

Le 28 août 1895, je fais la laparotomie médiane. Je constate que la légion pylorique est le siège d'une énorme tumeur, du volume du poing environ, très épaisse, et qui a tous les caractères extérieurs d'un carcinôme.

J'exécute la gastroentérostomie postérieure par le procédé de la suture à trois étages. Pour éviter l'effusion des liquides stomacaux dans le ventre, je fais la suspension de l'estomac avec des fils passés à travers ses parois.

Je lie ensuite le bout supérieur de l'intestin à la gaze iodoformée et je pratique au-dessous de cette ligature une entéro-anastomose pour rétablir le cours de la bile.

Je suture enfin l'orifice mésocôlique à l'estomac pour éviter la hernie des anses grêles dans l'arrière-cavité des épiploons.

La malade a guéri très rapidement. Je l'ai revue le 15 janvier dernier. Depuis l'opération, elle n'a plus vomi; la tumeur persiste avec le même volume, mais indolente. La malade a encore l'estomac dilaté; elle mange des aliments solides et les digère, elle a sensiblement engraissé. Etant donnés l'âge de la malade et la longue survie après l'opération, il semble qu'on puisse éliminer à peu près le diagnostic du cancer de l'estomac.

Présentation des pièces.

Je vais vous présenter les pièces d'un malade de M. Mathieu que j'ai opéré récemment pour un rétrécissement musculaire du pylore (l'observation *in extenso* a été communiquée à la Société anatomique). Vous pouvez voir que l'estomac est petit, très épais, l'anneau pylorique est très hypertrophié, la muqueuse est indemne. J'ai fait l'opération avec mon bouton; les sutures sont parfaites. Le malade, très affaibli, a succombé au shock opératoire.

Appendicite expérimentale.

MM. Roger et **Josué.** — Pour élucider la pathogénie des appendicites, nous avons poursuivi, sur le lapin, quelques recherches expérimentales. Nous avons d'abord pratiqué la ligature de l'appendice, après avoir injecté dans sa cavité quelques gouttes de culture virulente de B. coli; dans ces conditions, les animaux succombent en une quinzaine de jours et l'autopsie révèle une appendicite suppurée avec péri-appendicite.

Nous avons reconnu ensuite qu'il est inutile, pour produire l'appendicite, d'injecter des microbes; il suffit de pratiquer la ligature aseptique de l'appendice. Sur un animal qui a été sacrifié *trois mois* après avoir subi l'opération et dont nous présentons aujourd'hui toutes les pièces anatomiques, on peut voir que la partie de l'appendice qui a été isolée par la ligature est transformée en une poche kystique, ne communiquant plus avec le reste de l'intestin et renfermant un pus épais, contenant, à l'état de pureté, le B. coli. Ainsi, ce microbe, hôte habituel de l'appendice, vivant en parasite inoffensif tant que le cours des sécrétions n'est pas entravé, devient virulent dès qu'une stase se produit: malgré l'absence de troubles vasculaires (les vaisseaux ont été respectés par la ligature) une inflammation suppurative se développe; au niveau du point ligaturé, une occlusion se produit, qui persiste, malgré la résorption du catgut, c'est-à-dire malgré la disparition de l'obstacle. Le foyer purulent, qui est latent pendant des mois, et n'a provoqué aucune réaction péritonéale, ne constitue pas moins un danger permanent; sa rupture, pouvant survenir à la moindre cause, eût provoqué une péritonite suraiguë, puisque l'abcès n'était pas circonscrit par de fausses membranes et qu'il renfermait encore des microbes vivants.

Nous pouvons donc conclure que l'obstruction aseptique et passagère de l'appendice suffit pour amener une inflammation suppurative, en transformant un microbe inoffensif de l'intestin en un agent pathogène.

M. Rendu. — Il existe des faits cliniques tout à fait comparables aux résultats expérimentaux dont on vient de nous parler. J'ai observé récemment un phtisique, à l'autopsie duquel je trouvai l'appendice transformé en une cavité close, remplie de pus. Cette lésion était, d'ailleurs, restée absolument latente. Il est bien certain qu'une pathogénie aussi vague ne peut s'appliquer à toutes les formes d'appendicite; mais je crois qu'il faut tenir grand compte des expériences de MM. Roger et Josué, car elles éclairent très heureusement la pathogénie de certaines variétés d'appendicites.

Des accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de sérum de Roux.

MM. Sevestre et **Méry.** — Plusieurs observations peuvent être faites au sujet de la sérumthérapie de la diphtérie. Voici les principales :

1° Le sérum de Roux peut déterminer, dans quelques cas, une éruption d'urticaire, qui mérite le nom d'*éruption précoce*, en raison de l'époque à laquelle elle survient.

2° Dans des cas plus rares encore, l'injection peut être suivie d'accidents plus ou moins graves, caractérisés, en particulier, par une éruption polymorphe, des arthropathies, un état général souvent très inquiétant...

Les *accidents tardifs* surviennent, en général, vers le treizième

jour, quelquefois un ou deux jours plus tôt ou plus tard ; ils durent trois, quatre on cinq jonrs, et se terminent ordinairement par la guérison.

3° Ces accidents ne se voient jamais dans les cas de diphtérie pure ; ils ne surviennent que dans les cas de diphtérie associée ; ils sont en rapport avec l'infection par le streptocoque et sont, d'ailleurs, analogues à ceux qui peuvent être observés dans la streptococcie, indépendamment des injections de sérum de Roux.

4° Bien que l'infection par le streptocoque soit la cause essentielle de ces accidents, il semble bien que le sérum de Roux en favorise le développement, à titre de cause occasionnelle et par nn mécanisme encore mal déterminé, mais non pas, comme on aurait pu le penser, en exaltant la virulence du streptocoque.

Il est certain que le sérum de Roux n'est pas une chose insignifiante; comme tous les agents thérapeutiques sérieux, il présente des indications et des contre-indications.

1° Dans les cas de *diphtérie pure, non associée*, le sérum de Roux ne détermine jamais d'accidents sérieux (à condition, bien entendu, que l'injection soit faite avec les précautions antiseptiques convenables) : *l'injection est de règle.*

2° Dans les cas de *diphtérie associée* au streptocoque, le sérum peut, dans des cas assez rares, favoriser la production d'accidents parfois très effrayants, mais généralement sans gravité réelle. La crainte des accidents ne doit pas empêcher de recourir aux injections de sérum de Roux.

Les injections de sérum antistreptococcique peuvent être employées concurremment dès le début, ou au moins à l'occasion des accidents consécutifs, s'ils viennent à se produire.

3° Les seuls cas dans lesquels l'hésitation soit permise relativement à l'emploi du sérum de Roux seraient ceux dans lesquels l'examen bactériologique révèle l'existence de streptocoques abondants associés au bacille court.

4° Dans les cas où l'examen bactériologique révèle le streptocoque sans bacille de Lœffler, le sérum de Roux ne peut avoir aucune action favorable; il est au moins inutile. La prudence commande de s'abstenir.

M. Netter. — Les mêmes accidents s'observent avec les autres sérums thérapeutiques. L'an dernier, j'ai fait faire des injections de sérum antipneumococcique par M. Mosny; douze jours après l'injection, la malade fut prise de douleurs abdominales très vives d'une éruption scarlatiniforme; bref, il y eut tout le tableau des accidents provoqués par le sérum.

J'ai vu en outre un malade chez lequel le sérum de Maragliano produisit des accidents identiques.

Sérothérapie par voie intestinale.

M. Chantemesse. — Depuis la découverte de la sérothérapie, le mode d'application du remède a toujours été la voie sous-cutanée. On a traité, tout d'abord, le tétanos et la diphtérie, c'est-à-dire des maladies où le microbe ne se trouve pas dans le sang des malades, ou ne s'y trouve qu'exceptionnellement. Les seuls inconvénients de l'injection étaient une légère douleur, de l'érythème, de l'urticaire.

Actuellement, la pratique de la sérothérapie s'étend et s'étendra à d'autres maladies où la septicémie sanguine existe avec une intensité plus ou moins marquée. Si le sérum injecté est un peu irritant (et cette irritation dépend de la méthode de préparation du sérum, de la sensibilité du malade, d'une faute d'antisepsie dans les injections), il peut arriver, dans des cas rares, que le malade souffre cruellement et qu'il se fasse, au niveau de l'injection, du gonflement, de la douleur vive et parfois même des abcès.

Ces abcès, comme j'ai pu m'en assurer, ne dépendent pas de l'impureté du sérum, mais souvent d'un afflux de leucocytes déjà chargés de microbes dans le sang, et qui viennent, en grand nombre, par un phénomène de chimiotasie positive au lieu d'irritation. Leur accumulation aboutit à la formation d'un abcès d'origine endogène.

J'ai vu, dans la pratique des injections dn sérum antistreptococcique, quelques abcès qui devaient leur origine au mode pathogénique que je signale. Enfin, d'autres malades, par une sensibilité spéciale, se montrent rebelles à la pratique des injections sous-cutanées du sérum.

Une méthode qui mettrait à l'abri de ces inconvénients rendrait de grands services.

J'ai essayé, dans 20 cas, de pratiquer la sérothérapie par injections intestinales, et j'ai pu me convaincre que l'absorption du sérum par la muqueuse de l'intestin se faisait facilement et n'entraînait, dans tous les cas que j'ai observés, aucun inconvénient.

Un premier lavement est donné au malade pour nettoyer l'intestin, puis l'injection de sérum est pratiquée dans le rectum avec une seringue et une sonde en gomme de moyen calibre et d'une longueur de 20 centimètres.

La sérothérapie par voie intestinale à doses répétées n'amène aucune douleur et n'a jamais été suivie d'aucune manifestation désagréable, pas même d'érythème de la peau.

L'efficacité de l'injection rectale m'a paru être la même que celle de l'injection sous-cutanée. A la suite, même sensation de bien-être du malade, même diminution de température, même modification de l'état local, même suppression de l'albuminurie, etc., etc. J'ai pu, par cette méthode, avoir recours à l'absorption de grandes doses de sérum.

A côté de la question d'efficacité, de rapidité et d'innocuité, se pose la question de la puissance protectrice pour une même dose de sérum injecté sous la peau ou par l'intestin.

Dans les 20 observations que j'ai recueillies, la valeur préventive d'une même dose de sérum m'a paru sensiblement égale, injectée par l'une ou l'autre voie. Ce dernier paraît cependant mériter des recherches plus complètes. J'ai pu, par l'intestin, injecter sans le moindre inconvénient, en quelques jours, 200 ou 300 centimètres cubes de sérum de Marmorek, dans des cas d'infection érysipélateuse grave.

Localement, le sérum, dilué dans cinq fois son poids de lanoline, constitue un pansement excellent pour les lésions érysipélateuses. La douleur, la rougeur et le gonflement sont très sensiblement diminués par ce pansement. J'ajoute que j'ai eu recours à la sérothérapie par voie intestinale chez les diphtériques. Dans les 3 cas traités, le sérum de Roux, absorbé par l'intestin, m'a paru agir aussi efficacement qu'à la suite d'une injection sous-cutanée.

Accidents consécutifs à une injection de sérum antidiphtérique.

M. Le Gendre. — J'ai observé un cas d'angine très légère d'apparence éryptique, pendant laquelle l'examen bactériologique démontra au début l'existence de quelques staphylocoques seuls; puis, au bout de quelques jours, on découvrit quelques bacilles courts. En présence de ces faits, on jugea inutile de faire des injections sous-cutanées de sérum de Roux. Cependant un nouvel examen ayant fait découvrir quelques bacilles de Lœffler, on se décida à pratiquer une injection de 15 centimètres cubes de sérum; l'angine persistait à être extrêmement bénigne. Onze jours après l'injection, des accidents apparurent : érythème, fièvre, douleurs musculaires et articulaires; de plus, fait très grave, les urines devinrent rares, très albumineuses. Bref, les complications furent telles qu'à un moment on craignit pour la vie du malade.

En présence d'un fait semblable, on peut se demander si, en présence d'une diphtérie bénigne, on doit recourir aux injections de sérum; s'il est nécessaire d'exposer le malade aux accidents possibles de ce traitement. L'observation que je résume montre en outre que la violence des accidents n'est pas proportionnelle à la dose de sérum injecté, que ces accidents ne peuvent être

attribués aux streptocoques; des examens réitérés ayant montré que ces microbes étaient absents ou du moins n'avaient aucune virulence.

M. Gaucher. — Il y a quelques temps, j'ai observé un fait analogue. Une diphtérie extrêmement légère fut traitée par la sérothérapie; depuis ce moment, le malade présente des abcès successifs; il est inutile d'ajouter que les injections avaient été faites avec tous les soins antiseptiques.

M. Chantemesse. — Il est possible que dans le cas observé par M. Legendre, les accidents tiennent, non pas aux injections sous-cutanées, mais à une véritable infection par le staphylocoque, car il ne faut pas oublier que ce microbe avait été trouvé dans la gorge. Ce fait ne doit donc pas faire craindre, outre mesure, une méthode thérapeutique qui a déjà donné de si admirables résultats.

Présentation de malade.

M. Rist présente une malade de 32 ans, atteinte de *râle trachéal*, depuis 13 mois. Ce râle, qu'on ne peut comparer qu'à celui des agonisants, cesse absolument pendant le sommeil; la voix reste libre et très bien conservée. L'examen laryngoscopique qui a été fait par M. Nattier, dans le service de M. Déjerine, est demeuré négatif. L'exploration ne fait reconnaître aucune lésion de la trachée, ni des voies aériennes supérieures. Les poumons semblent sains à l'auscultation. Ce râle n'empêche pas la malade de vaquer activement à ses occupations; elle n'a pas maigri; son appétit a été plutôt en augmentant, et sa santé générale n'est nullement troublée par cet accident insolite qui semble devoir être rattaché à l'*hystérie*: la malade a en effet présenté déjà une succession de phénomènes appartenant à cette névrose (crise d'inconscience, hémiplégie droite, rétention d'urine, mutisme, paralysie du voile du palais). Aujourd'hui elle n'offre plus qu'une paralysie limitée au bras droit, l'avant-bras et la main étant indemnes, et au membre inférieur droit qui traîne pendant la marche. Elle n'a pas les stigmates habituels (anesthésies, hyperesthésies, points hystérogènes), et l'on ne sait si elle les a présentés autrefois.

H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 janvier.

Lésions vasculaires des centres nerveux des syphilitiques.

M. Lamy. — J'ai examiné différents cas de syphilis médullaire au point de vue des lésions vasculaires. Quand la syphilis reste pure, la lésion est d'abord périvasculaire. Quand elle est compliquée d'infection secondaire, il y a en outre des lésions d'origine endo-vasculaire, dues à des thrombus.

Mal de Pott aspergillaire.

M. Rénon. — Un lapin, auquel nous avons injecté des spores d'aspergillus fumigatus, a présenté de l'aspergillose vertébrale ressemblant à un mal de Pott. Il avait de la paralysie des membres postérieurs, des muscles de l'abdomen et du tronc. A l'autopsie, nous avons vu des lésions aspergillaires de la rate et des reins, et dans le canal rachidien se trouvaient deux abcès comprimant la moelle. Ces abcès avaient un contenu caséeux qui, ensemencé, donna de l'aspergillus fumigatus. Les éléments embryonnaires avaient envahi les vertèbres, et dans le tissu osseux se trouvaient des points caséeux.

Nous avons recherché le bacille de Koch, mais sans le trouver, soit dans les vertèbres, soit dans la matière caséeuse. L'inoculation au cobaye est de même restée négative.

Enfin, dernier point à signaler, en injectant des cultures stérilisées, aucune lésion n'a été produite. On sait, en effet, que M. Charrin a montré que, si les bactéries agissent avant tout par leurs toxines, les parasites plus élevés agissent surtout par eux-mêmes.

Lésions primitives et lésions secondaires de la cellule nerveuse.

M. Marinesco. — Nous avons montré que toute névrite périphérique s'accompagne de lésions des centres d'origine des nerfs malades. Reste à savoir quelles sont ces lésions.

La cellule nerveuse motrice est formée d'une partie fondamentale avec éléments fortement colorés par les couleurs basiques d'aniline. Le cylindre-axe, de son côté, a une structure fibrillaire et se continue avec la masse incolore de protoplasma. La nutrition de la fibre nerveuse est liée à l'intégrité de la partie fondamentale qui constitue le corps cellulaire et le cylindre-axe. Cette partie peut être appelée tropboplasma. Les autres éléments, ceux qui sont colorés par les couleurs basiques d'aniline, constituent le kinétoplasma.

Coupe-t-on un nerf chez un lapin, on constate une disparition partielle du kinétoplasma, comme l'a montré Nissl. Ces lésions du kinétoplasma sont réparables. Mais si une lésion du trophoplasma vient s'ajouter aux précédentes, la cellule est irrémédiablement perdue. A ce moment apparaît une atrophie et une dégénérescence dans le cylindre-axe émanant de la cellule. Dans la première phase au contraire, alors que seul le kinétoplasma était atteint, il n'y avait pas de lésion du bout central. Les lésions du bout central sont donc dues aux lésions du trophoplasma de la cellule nerveuse.

Parasitisme normal.

M. Galippe. — J'ai pu constater assez souvent que les microbes contenus dans les œufs de poule pouvaient pénétrer dans les embryons de poulet. J'ajouterai de plus qu'un fœtus recueilli dans l'utérus même peut renfermer des microbes; il ne doit pas être fatalement aparasitaire, tant qu'il est dans ses enveloppes fœtales.

Un fœtus parasitaire, une fois mort, se désagrège, perd sa forme et se putréfie. Est-il au contraire aparasitaire, il garde sa forme et se momifie en quelque sorte.

De la résistance du sang dans l'hémoglobinurie paroxystique.

MM. Vaquez et **Marcano** ont mesuré, par la méthode de M. Malassez, la résistance des globules rouges dans un cas d'hémoglobinurie paroxystique liée au paludisme. Au moment de la crise, 1,200,000 hématies se sont détruites spontanément dans le sérum pendant vingt-quatre heures. Au moment de la guérison, il n'y en avait que 700,000. Les globules rouges du sang ont donc perdu une partie de leur résistance pendant la crise.

Enfin, il y a diminution de la teneur du sang en hémoglobine, atteignant à peu près le tiers de l'hémoglobine totale.

Hémorrhagies infectieuses.

M. Charrin, à propos d'une note de M. Monnier sur le rôle hémorrhagipare du streptocoque, montre que le staphylocoque doré et le pneumocoque peuvent jouer un rôle analogue. Déjà, depuis longtemps, il a montré que la fonction hémorrhagipare peut s'acquérir comme la fonction pyogène.

Il a montré aussi que les toxines avaient une action spéciale sur tous les éléments dont dépend l'hémorrhagie : vaso-moteurs, cœur, différentes qualités du sang.

Influence de l'électricité sur les toxines.

MM. d'Arsonval et **Charrin**, après avoir rappelé les communications qu'ils ont déjà faites à la Société sur l'influence de l'électricité vis-à-vis des bactéries, montrent que l'électrolyse abaisse la toxicité des sécrétions bactériennes.

Ils ajoutent que deux à trois centimètres cubes de toxine diphtérique ou pyocyanique, capables de tuer en quatre jours au maximum, perdaient cette propriété, une fois soumis à un courant discontinu.

Des miellées des feuilles et des aphidiens.

M. Bonnier dit que les miellées d'origine végétales, c'est-à-dire les substances sucrées qui se produisent sur les parties végétatives des plantes, se produisent pendant la nuit. Celle des pucerons se fait, au contraire, pendant le jour. La miellée végétale est favorisées par les nuits fraîches, et les abeilles n'y butinent que les jours où il y a disette de plantes mellifères.

De la sécrétion stomacale.

M. A. Mathieu rappelle que les expériences qu'il a communiquées à la Société à la dernière séance sont favorables à l'idée de MM. Hayem et Winter, pour qui la muqueuse de l'estomac sécrète du chlorure alcalin. C'est par une fermentation secondaire que l'acide chlorhydrique libre se dégage ensuite.

De l'aura du vertige articulaire.

M. Gellé, après avoir étudié beaucoup d'observations de vertiges *(ab aure læsa)*, a vu que souvent il y a une véritable aura prémonitoire de l'accès. Il signale particulièrement des hallucinations d'images motrices, de représentations sensitives ou sensorielles.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 10 AU 15 FÉVRIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 février, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Tuffier, Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie Hôtel-Dieu : MM. Reclus, Ricard, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Straus, Gilles de la Tourette.

Mardi 11 février, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Duplay, Maygrier. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Charrin. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Berger, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Chantemesse, Roger.

Mercredi 12 février, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Reclus, Poirier, Broca. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Tuffier, Bonnaire. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, André.

Jeudi 13 février, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Bar, Nélaton, Hartmann.

Vendredi 14 février, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Straus, Letulle, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Walther.

Samedi 15 février, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Ménétrier, Marfan. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Berger, Nélaton, Hartmann. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Debove, Letulle, Gilbert. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 12 février, à 1 heure. — *M. Le Même* : Quelques considérations sur la fréquence du suicide des aliénés (MM. Joffroy, Landouzy, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Nasra* : Contribution à l'étude clinique des névroses post-infectieuses : hystérie; neurasthénie; hystéro-neurasthénie (MM. Landouzy, Joffroy, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Dreyfus* : Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort (MM. Potain, Terrier, Delbet, Wurtz). — *M. Longuet* : Traitement chirurgical de l'angio-cholécystite (non calculeuse) (MM. Terrier, Potain, Delbet, Wurtz).

Jeudi 13 février, à 1 heure. — *M. Rabineau* : De la lipocèle vésicale simulant une hernie inguinale de l'intestin et de l'épiploon (MM. Guyon, Debove, Hutinel, Albarran). — *M. Olmières* : Des indications du lavage de l'estomac (MM. Debove, Guyon, Hutinel, Albarran). — *M. Mouillé* : Essai sur la pathogénie de la maladie bleue (MM. Debove, Guyon, Hutinel, Albarran). — *M. Guerlain* : De la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte (MM. Panas, Raymond, Marie, Bonnaire). — *M. Bourdieu* : Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire (dilatation des bronches) (MM. Raymond, Panas, Marie, Bonnaire). — *M. Lévi (Léopold)* : Troubles nerveux d'origine hépatique. Hépatotoxhémie nerveuse (MM. Raymond, Panas, Marie, Bonnaire).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Cours et conférences.

MM. Bertherand, Coyon, Millet et Victor Veau commenceront une conférence d'externat le vendredi 14 février, à trois heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre Petit, *Hôpital de la Charité*, et la continueront les vendredis suivants, à la même heure.

Objet de la première conférence : Bras.

Chemin de fer d'Orléans

EXCURSIONS EN TOURAINE, AUX CHATEAUX DES BORDS DE LA LOIRE ET AUX STATIONS BALNÉAIRES DE LA LIGNE DE SAINT-NAZAIRE AU CROISIC ET A GUÉRANDE.

1er itinéraire : 1re classe 86 francs; 2e classe 63 francs. — Durée 30 jours. — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux, et retour à Tours, Loches, et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande, et retour à Paris, *via* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *via* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de dix jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

2e itinéraire : 1re classe 54 francs; 2e classe 41 francs. — Durée : 15 jours. — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux, et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, et retour à Paris, *via* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré, à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2 pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ*.

Ces billets sont délivrés toute l'année à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE

Définition.

Cette jointure est une diarthrose, genre énarthrose qui unit l'omoplate à l'humérus.

Surfaces articulaires.

Du côté de l'humérus.

Nous avons une tête articulaire, encroûtée d'un cartilage ayant 2 millimètres d'épaisseur, représentant les 2/5 d'une sphère. Elle regarde en dedans, en arrière et en haut. Son axe forme avec celui de la diaphyse un angle de 130° environ et se trouve à peu près dans un plan vertical passant par l'épitrochlée, ce qui est important pour la recherche de la tête dans les luxations.

A l'opposé de la tête on trouve les deux tubérosités : l'une externe, la grosse, l'autre interne, la petite, séparées par la gouttière bicipitale.

Du côté de l'omoplate.

On trouve une glène ovale à grand axe vertical; elle regarde en haut, en avant et en dehors : elle est recouverte de cartilage ; ce cartilage est mince à la partie centrale au niveau du tubercule signalé par Arsachi, tubercule important à cause de la théorie du contact polaire.

La glène est bien moins étendue que la tête humérale. Sa concavité, fort peu prononcée, est augmentée par un bourrelet fibro-cartilagineux qui s'insère à son pourtour et qui est en relation intime avec les tendons du biceps et du triceps.

Au-dessus de la cavité glénoïde, l'acromion et la coracoïde unis par un ligament forment une voûte qui concourt à maintenir la tête dans sa cavité.

Ligaments.

Ces surfaces sont maintenues en présence par deux sortes de ligaments. Les uns, ligaments actifs, sont les tendons des muscles voisins ; les autres, passifs, comprennent une capsule renforcée en certains points pour former des ligaments.

1° La capsule.

Est un manchon fibreux représentant un cône à case supérieure qui, d'une part, s'insère au pourtour de la glène et du bourrelet glénoïdien en se continuant en partie avec le périoste ; elle prolonge ses insertions sur la base de l'apophyse coracoïde et confond ses fibres avec les insertions du biceps et du triceps.

D autre part, elle s'insère à la lèvre externe du col anatomique, sauf en cas où elle s'attache directement au col chirurgical, à 1 centimètre au-desous de la limite du cartilage.

Au niveau des deux tubérosités, ses fibres se confondent avec les tendons qui s'y insèrent.

Cette capsule est fort lâche, et quand on laisse l'air pénétrer dans la jointure, on peut produire un écartement des surfaces articulaires de près de 3 centimètres.

Elle est constituée par deux couches de fibres : les unes longitudinales superficielles, les autres circulaires profondes. De plus, elle est perforée, comme nous le verrons, de deux ou trois orifices.

2° Ligaments.

Ceux-ci sont des épaississements de la capsule renforcée là où il n'y avait pas de muscles pour la maintenir. Les uns viennent de la coracoïde, les autres du pourtour de la glène.

A. Le ligament coraco-huméral.

Est quadrilatère. il s'insère à tout le bord externe de la coracoïde au-dessous du ligament acromio-coracoïdien dont le sépare la bourse séreuse sous-acromiale. De là se porte obliquement en avant et en dehors pour se confondre avec la capsule au niveau du trochiter.

Sappey décrit un second ligament coraco-glénoïdien qui naît au même point que le précédent, se porte vers le pôle supérieur de la glène où il se confond avec la capsule.

B. Les ligaments gléno-huméraux.

Sont au nombre de trois. On les constate par transparence après avoir enlevé la partie postérieure de la capsule.

1° Le sus-gléno-sus-huméral.

Se détache de la partie supérieure du rebord de la glène ; c'est une bande étroite qui se porte en dehors formant avec le coraco-huméral une gouttière pour la longue portion du biceps et se divise en deux faisceaux qui vont s'insérer à chacune des deux tubérosités, limitant ainsi à la partie supérieure de la gouttière bicipitale un orifice ostéo-fibreux par où le biceps s'engage pour s'enrouler comme une crosse autour de la tête humérale et la fixer dans sa cavité en s'insérant au-dessus de celle-ci.

2° Le sus-gléno-pré-huméral.

S'insère en haut au même point que le précédent, va en s'élargissant, s'insère avec la sous-scapulaire sur la petite tubérosité. Ce faisceau limite avec le précédent une fente appelée boutonnière du sous-scapulaire. C'est, en effet, par là que passe ce tendon pour s'insérer au trochin.

3° Le pré-gléno-sous-huméral.

Le plus large des trois, s'insère d'une part au bord interne de la glène, d'autre part au col chirurgical de l'humérus. C'est entre ces deux ligaments que sort la tête humérale dans les luxations antérieures de l'épaule; elle déchire souvent le ligament moyen.

Une synoviale.

S'insère au pourtour des surfaces articulaires, tapisse la face profonde de la capsule et envoie deux prolongements constants, un pour la gouttière bicipitale, un pour le sous-scapulaire ; et trois inconstants, un pour le sous-épineux, un dans l'échancrure glénoïdienne et un sous la coracoïde à travers les insertions du ligament coraco-huméral.

Cette articulation reçoit des vaisseaux, des branches ascendantes venues du collier des circonflexes, des branches des artères scapulaires inférieures et sus-scapulaires inférieures d'une petite branche directe de l'axillaire et de rameaux venus par les artères des muscles voisins.

Les nerfs.

Lui sont fournis surtout par le circonflexe mais aussi par les nerfs sus- et sous-scapulaires.

RAPPORTS.

Cette articulation est en rapports immédiats avec les tendons musculaires qui constituent les ligaments actifs et qui sont :

En avant, le sous-scapulaire;

En haut, le sus-épineux;

En arrière, le sous-épineux et le petit rond;

En bas, le triceps.

Ces muscles forment aussi un cône placé en sens inverse du cône tendineux.

Ils sont recouverts en dehors par une coiffe fibreuse qui descend de la voûte acromio-coracoïdienne faisant plan en avant avec le coraco-biceps et le petit pectoral.

Plus superficiellement l'articulation répond :

1° En dehors :

Au deltoïde qui l'embrasse dans sa concavité et dont la voussure s'affaisse dans les cas de luxations.

Au nerf circonflexe, qui occupe la partie postéro-externe du col chirurgical et que l'on doit éviter dans les opérations sur cette région.

A l'espace séreux sous-deltoïdien. Les épanchements sanguins se font entre le deltoïde et la coiffe; le rhumatisme et l'arthrite se produisent au-dessous de la coiffe. Il y a donc deux séreuses, l'une articulaire, l'autre péri-articulaire : l'humérus glisse dans l'une et les muscles qui le font mouvoir glissent dans l'autre; il y a donc deux articulations en réalité.

2° En avant ;

Au coraco-huméral et à la courte portion du biceps.

Au grand pectoral qui limite, avec le deltoïde, un espace par où l'on sent la fluctuation dans les cas rares d'hydarthrose de cette jointure et par où Ollier propose de passer pour aller réséquer la tête humérale.

3° En dedans :

Au creux de l'aisselle et au paquet vasculo-nerveux qu'il renferme. Ce rapport explique comment dans les luxations on pourra sentir la tête par le creux de l'aisselle et comment les vaisseaux et nerfs pourront y être comprimés.

PHYSIOLOGIE.

Tous les mouvements sont possibles dans cette articulation.

Projection en avant ou flexion.

Projection en arrière ou extension.

Abduction ; adduction ; rotation ; circumduction.

C'est la plus mobile des énarthroses, ce que nous expliquent à la fois l'élasticité de sa capsule et le manque de proportion dans ses surfaces articulaires. H.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 7 15 Février 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef* : Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite.)

Il serait plus que curieux certes, il serait utile d'être renseigné sur les causes d'une telle maladie, d'en pénétrer le mystère étiologique.

L'expérience toutefois nous a fourni quelques données à ce sujet. Il est d'abord, d'une façon indéniable, certaines conditions favorables à sa genèse, condition de sexe et d'âge. Ainsi :

1° L'herpès génital récidivant, assez fréquent chez l'homme, est rare chez la femme (en dehors de ce que nous avons décrit sous le nom d'herpès menstruel).

2° L'herpès génital récidivant est ce qu'on peut appeler une maladie de jeunesse; il naît et disparaît avec elle.

On ne le rencontre jamais en effet ni dans l'enfance ni dans la vieillesse. Il commence à se montrer au delà de l'adolescence, avec l'avènement de la vie génitale, et généralement après les premiers rapports sexuels qu'il ne devance guère. Très certainement il a son maximum de fréquence de la 20e à la 30e année. Il décroît avec l'âge mûr, et disparaît au delà.

En troisième lieu on dit que le tempérament arthritique, goutteux lui constitue une influence prédisposante. C'est un point sujet à revision.

Indépendamment de ces causes exclusivement prédisposantes, lui connaît-on quelque cause efficiente, effective?

On a dit (et ce sont MM. Doyon et Diday qui ont produit cette doctrine) qu'il avait un antécédent obligé, fatal, lequel, à ce titre, lui servait de cause efficiente, à savoir ; une « lésion vénérienne primitive »; et, précisant davantage, on a ajouté que les trois lésions primitives qui lui servaient de préambule obligatoire se rangeaient, par ordre d'influence prédisposante, dans l'ordre suivant :

En première ligne, le chancre simple;

En deuxième ligne, la blennorrhagie;

En troisième ligne, le chancre syphilitique.

Il suit de là, que l'herpès génital récidivant serait en quelque sorte un épiphénomène, quelque chose comme une manifestation posthume du chancre simple, de la blennorrhagie ou du chancre syphilitique. Donc ce serait, a-t-on encore ajouté, un véritable herpès vénérien.

Je ne saurais, pour ma part, souscrire à cette doctrine; tout au contraire, je ne saurais l'accepter que sous le bénéfice de plusieurs et expresses réserves.

Cette doctrine, il faut bien le dire, a un fond de vérité. Il est positif, en effet, que, lorsqu'on remonte dans les antécédents des sujets affectés d'herpès génital récidivant, on retrouve, non pas toujours, mais pour la plus grande majorité des cas, telle ou telle des trois affections vénériennes précitées. Cela, MM. Diday et Doyon, Greenough et d'autres observateurs l'ont dûment constaté. Je l'ai constaté comme eux, et n'ai rien à dire sur ce point. Déjà, toutefois, j'aurais sur ce chef une réserve à spécifier. On donne le chancre simple comme la lésion vénérienne qui serait le plus susceptible d'évoquer l'herpès récidivant à sa suite. Or, chez les gens d'un certain monde, c'est-à-dire chez ceux où l'herpès génital récidivant a été surtout vu et étudié, le chancre simple n'est qu'une rare, très rare exception.

Dans nos cabinets de consultation, on ne voit certes pas un chancre simple contre trente chancres syphilitiques et cinquante blennorrhagies.

Le chancre simple, en ville, est une rareté; c'est, comme on l'a dit très justement, un chancre plébéien, qui se rencontre surtout dans le public de nos hôpitaux. En sorte, qu'en ville, son influence doit être nécessairement très

inférieure à celle qu'on lui a trop libéralement octroyée à mon sens.

Ceci, toutefois, n'est qu'un détail d'importance secondaire ; voici qui est plus sérieux :

De ce fait que l'herpès succède fréquemment à une lésion vénérienne primitive, on serait autorisé à déduire que l'herpès est un accident vénérien ; on le taxe d'herpès vénérien comme s'il était une sorte de germe réviviscent des affections vénériennes qui y ont préludé. Cela n'est-il pas excessif? En vérité, on comprend mal comment trois maladies aussi différentes entre elles que la blennorrhagie, le chancre simple et le chancre syphilitique pourraient avoir comme expression ultérieure le même accident « vénérien ». Autant vaudrait ressusciter la vieille croyance au virus vénérien unique, tel qu'on l'admettait aux siècles passés, comme origine de toutes les affections vénériennes indistinctement. S'il faut faire une hypothèse, n'est-il pas plus simple et plus rationnel à la fois de croire que, si telle ou telle des trois affections vénériennes précitées est susceptible (ce qui est indéniable) de déterminer à sa suite l'herpès génital récidivant, elle produit ce résultat en tant que lésion locale, en tant qu'irritation génitale indépendante de son influence virulente propre?

Vraisemblablement, en appelant l'herpès à leur suite, la blennorrhagie, le chancre simple et le chancre syphilitique ne font que mettre en action une cause interne jusqu'alors en puissance, qu'établir, comme on l'a très bien dit, « un point d'élection pour la décharge locale d'une diathèse préexistante ». S'il n'y a rien de vénérien dans l'herpès, pourquoi le taxer alors de vénérien, pour le plus grand effroi du malade et la confusion des termes pathologiques?

Enfin, et ceci est autrement important, il est inadmissible que l'herpès génital récidivant dérive toujours et dans tous les cas d'affections vénériennes antérieures. Sur ce point, je suis forcé d'opposer une dénégation formelle à la théorie précédente.

J'ai vu plusieurs fois, positivement vu cet herpès, dans la forme typique qu'ont si bien décrite MM. Diday et Doyon, se produire et se reproduire à satiété sur des sujets qui n'avaient jamais eu au préalable le moindre accident vénérien.

Je n'ai pas enregistré, certes, tous les cas de cet ordre qui se sont présentés à moi ; mais j'ai heureusement conservé dans mes notes quatre cas absolument catégoriques, tous calqués sur le shema que voici, d'après l'un d'eux :

Jeune homme de 23 ans. — Herpès préputial récidivant à poussées multiples, se reproduisant tous les quinze jours ou tous les mois : quelquefois avec poussées sur la bouche. — Début à 20 ans ; herpès poursuivant encore son évolution trois ans plus tard. — Jamais de chancre, jamais de blennorrhagie ; nul accident suspect jusqu'à ce jour.

En sorte que très sûrement l'herpès génital récidivant peut résulter d'autres causes que d'accidents vénériens. Mais quelles sont ces autres causes? Force est ici d'avouer notre ignorance ; celles ci nous ont échappé jusqu'ici. Et la conclusion finale à laquelle nous sommes contraints d'aboutir est que l'étiologie de l'herpès génital récidivant reste encore absolument enveloppée de mystère, aussi bien d'ailleurs que sa pathogénie.

En revanche, nous sommes bien mieux renseignés sur le chapitre des causes occasionnelles qui peuvent déterminer les explosions successives de l'herpès.

Sur ce point, nous pouvons catégoriquement émettre, sans crainte de démenti, les trois propositions suivantes, à savoir :

Que certaines conditions atténuent la tendance aux récidives : que d'autres, d'ordre inverse, l'exagèrent ; que l'herpès n'a que faire le plus souvent de cause occasionnelle pour se produire. Ainsi : Il est démontré par l'expérience que les récidives diminuent de fréquence, lorsque les malades s'astreignent à une certaine hygiène, comme alimentation, comme exercice, comme occupation, etc., et surtout à une certaine continence, sans parler même de ce dont on parlera plus tard, à savoir des influences thérapeutiques.

Les malades sont très bien, par exemple, « lorsqu'ils sont sages », comme ils le disent ; leur herpès les laisse relativement tranquilles.

M. Diday a raconté, à cet égard, l'exemple très instructif d'un de ses clients qui, affecté d'herpès récidivant génital, n'avait jamais de récidives d'herpès pendant les vacances. Cela tenait à ce que, pendant leur durée, il modifiait du tout au tout sa vie usuelle, parce qu'au lieu de rester « sur son rond de cuir » toute la journée dans son bureau, il courait, chassait, vivait au grand air, se remontait par un exercice forcé, etc.

Inversement, il est toute une série de causes qui constituent des invites presque forcées aux récidives de l'herpès. Ces causes, les malades, qui ont appris à les connaître à leurs dépens, nous renseignent parfaitement à leur sujet. Elles sont de tout ordre, de tout genre ; et, ce qu'il y a de plus remarquable en l'espèce, c'est qu'elles sont parfois les plus insignifiantes du monde, les plus minimes. Une fois la susceptibilité locale éveillée, une fois l'élan donné à l'herpès, tout lui est bon comme prétexte à récidiver.

Ainsi, l'on voit couramment des récidives se produire à l'occasion :

D'une fatigue, d'une marche forcée ;

D'une veille :

D'un excès de table, voire de l'usage de tel ou tel aliment ;

D'un dérangement de la santé ;

D'un changement d'habitude ;

D'une émotion, etc., etc.

Mais, parmi toutes ces causes, il en est une supérieure à toutes les autres en tant qu'invite à la reproduction de l'herpès : c'est le coït.

Cela, tous les malades le disent. C'est par centaines de fois que nous entendons, dans nos cabinets, pareille affirmation de leur part. Certains malades en arrivent à ne plus pouvoir toucher une femme. Tout rapprochement est invinciblement suivi d'un herpès immédiat.

Et ici se place un fait curieux, signalé par tous les observateurs.

C'est que le coït est surtout et presque infailliblement suivi d'herpès alors qu'il a lieu avec une femme « nouvelle », tandis qu'il est quelquefois toléré sans accidents lorsqu'il a lieu avec la même femme.

Il y a là positivement, comme un effet d'acclimatement. Nombre de malades affirment qu'avec leur femme ou leur maîtresse usuelle, ils pouvaient souvent sortir indemnes d'un ou de plusieurs rapprochements, mais qu'une infidélité était aussitôt punie d'un herpès.

La femme « nouvelle », pour parler le langage de nos clients, est donc un danger pour l'herpétique. Et cependant elle n'est pour rien dans l'explosion de l'herpès. Il est de règle qu'on l'accuse, qu'on mette la production de l'herpès sur le compte de ses fleurs blanches, de ses règles, d'un prétendu catarrhe utérin, etc. Tout cela est fantaisie pure, comme le démontrent les confrontations en pareil cas. La véritable cause de l'herpès, c'est l'acte seul du coït. De cela j'ai à vous fournir une excellente preuve que voici : Persécuté par d'incessants herpès qui se reproduisaient invariablement à chaque rapprochement, et dont il ne manquait pas de rendre responsables chacune des femmes qu'il avait approchées, un de mes clients prit un parti qu'il crut radical en théorie. Pendant 15 mois, il n'eut plus de rapports qu'avec un intermédiaire protecteur. Eh bien, cette sauvegarde ne servit à rien : si bien que, tout compte fait, ce monsieur eut pendant 15 mois 17 récidives d'herpès, ce qui était à peu près son bilan usuel avant de prendre semblable précaution.

Enfin, ce qu'apprend encore l'observation, c'est que, pour nombre de cas, l'herpès n'a que faire de causes occasionnelles, de provocations, pour se produire et se reproduire.

Il se manifeste souvent en dehors et indépendamment de toute excitation, de tout trouble, de tout appel. Un exemple entre mille : Un de mes malades, découragé par d'incessants herpès, essaya d'un remède suprême pour lui, à savoir la continence. Il resta 15 mois absolument vertueux au point de vue des femmes, et de plus se soumit au régime le plus sévère, au genre de vie le plus irréprochable. Rien n'y fit, les herpès continuèrent à récidiver avec la même régularité désespérante. C'est qu'en effet la disposition générale, ici, domine tout. C'est elle qui est la véritable origine des répétitions de l'herpès, et vis-à-vis d'elle tout autre cause n'est qu'un élément accessoire, subordonné et souvent superflu.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Luxation métatarso-phalangienne du gros orteil compliquée de plaie avec issue de la tête du métatarsien.

Par le docteur Charles Amat, médecin-major de deuxième classe à l'Ecole militaire préparatoire d'infanterie de Rambouillet.

Le gros orteil par son volume et la saillie qui en résulte, par sa situation superficielle et excentrique, se trouve tout particulièrement exposé aux lésions traumatiques. Ses luxations sont assez fréquentes pour que M. Paulet ait pu en relever 31 cas sur un total de 50 déplacements métatarso-phalangiens. Elles présentent, comme toutes les autres, des différences considérables suivant qu'elles sont simples ou compliquées de plaies. Dans le premier cas, la dislocation occupant seule la scène pathologique, la lésion reste sous-cutanée et relativement bénigne, puisque ce qui peut résulter de pis est son irréductibilité et la gêne consécutive. Dans le second, la région plantaire et quelquefois dorsale est le siège d'une plaie plus ou moins étendue, communiquant largement avec l'articulation ouverte par laquelle fait issue la tête du métatarsien. L'inflammation et la suppuration fréquentes des tissus déchirés et exposés à l'air, jointe à l'irréductibilité trop souvent constatée de la luxation, pouvant être ici l'origine d'accidents graves, nécessitent de la part du chirurgien une attention soutenue et souvent une intervention active.

Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, les luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil compliquées de plaies sont beaucoup plus fréquentes que les luxations simples. C'est ainsi que sur 31 cas relevés par M. Paulet, il en existe 13 des premières contre 19 des secondes. Je ne crois pas cependant que ce rapport des luxations simples aux luxations compliquées, qui est comme 2 est à 3, soit l'expression de la vérité, si je m'en rapporte aux recherches forcément limitées que je viens de faire dans quelques publications périodiques, et où, pour deux luxation métatarso-phalangiennes du gros orteil, je n'en ai pas trouvé une seule avec plaie.

Mais ceci importe peu à l'étude de la luxation que j'ai eu à observer, et qui, pour plusieurs raisons, me paraît digne d'être relatée.

Luxation métatarso-phalangienne du gros orteil par flexion forcée, compliquée de plaie a la face dorsale avec issue par ce point de la tête du métatarsien. Réduction rendue possible par abrasion partielle de la tête articulaire. Guérison parfaite. Rectification de la position du gros orteil primitivement dévié en dehors et conservation des mouvements articulaires ayant permis non seulement la marche, mais la continuation du service militaire.

Le 17 septembre 1892, vers 5 heures du soir, mon collègue M. A. Foureur, médecin aide-major de 1re classe au 5e régiment de chasseurs, me fait prier de l'assister dans les soins à donner à un des hommes de son régiment qui vient d'être victime d'un accident.

Le nommé Jouss....., cavalier de 2e classe, étant au dressage des jeunes chevaux, montait un animal particulièrement difficile qui, après s'être débridé, parvint par un mouvement brusque à le désarçonner. Il tombe à droite de sa monture et se sent tiré fortement par le pied qui, par le fait de la trop grande largeur de sa botte, reste un moment pris dans l'étrier.

On le relève, on le transporte à l'infirmerie et c'est au prix de mille souffrances qu'on lui retire, avant mon arrivée, sa chaussure qui, par le fait de l'accident, a été déchirée à la partie interne de l'avant-pied.

Jouss..... présente à la face dorsale du pied droit, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, une plaie d'où sort, étranglée par son col, la tête du métatarsien. On sent parfaitement, avec les doigts, la phalange qui a glissé au-dessous et en arrière, déterminant une épaisseur anormale de l'orteil et une diminution de la longueur du pied. Le tendon du long extenseur rejeté en dedans bride, lui aussi, la tête métatarsienne.

L'orteil fixé dans une position immuable par la contracture des muscles qui s'y attachent et par la brièveté et la rigidité de la plaie en boutonnière par laquelle l'os fait issue, nécessite un débridement de deux à trois centimètres, que je pratique pour me donner du jeu, à la face dorsale du premier métatarsien. Cela fait, saisissant à pleine main l'orteil, pendant qu'une contre-extension énergique est exercée par un aide et par mes deux pouces appliqués sur la tête de l'os sorti des chairs, je l'attire fortement à moi en le fléchissant légèrement afin de pouvoir plus facilement obtenir la réduction par un léger mouvement d'extension

exercé dès que la cavité glénoïde de la phalange aura mordu, pour ainsi dire, sur la tête articulaire.

Mais les efforts réitérés restent vains. Je vois qu'en continuant je risque de provoquer des déchirures latérales que je veux à tout prix éviter. Je songeais un moment à introduire entre les deux os déplacés une spatule pour m'en servir comme levier, mais outre que ma spatule fléchissait, je contusionnais les extrémités osseuses sans parvenir à réduire. C'est alors que l'idée me vint de ne réséquer de la tête métatarsienne que la quantité strictement nécessaire pour rétablir la contiguité des parties. Ce but fut atteint par l'ablation à la scie d'un segment du condyle pratiquée en plein cartilage d'encroûtement, suivant un plan perpendiculaire à l'axe du pied. Une nouvelle manœuvre de réduction fut cette fois couronnée de succès. La luxation réduite, la plaie est irriguée à l'eau sublimée et finalement recouverte d'un pansement iodoformé. Une attelle plantaire maintient en bonne position le pied et l'orteil.

La température axillaire fut ce soir-là de 38°6.

18 septembre. — Le blessé ne se plaint pas.

M. 37°2. — S. 37°8.

On ne touche pas au pansement. Rien à signaler les trois jours suivants :

19 sept. — M. 36°2. — S. 38°2.

20 sept. — M. 37°4. — S. 37°6.

21 sept. — M. 36°2. — S. 37°5.

22 sept. — Le blessé a mal dormi. Il a eu des élancements dans son pied. — M. 37°2.

Le premier pansement est enlevé. Issue de 40 grammes de pus environ. Mais ce pus provient de la partie supérieure de la plaie et non de l'article. Il existe de la rougeur, de l'œdème à la face dorsale du pied et de la douleur plus particulièrement localisée le long des extenseurs.

Irrigations au sublimé; réapplication d'un pansement iodoforme avec attelle plantaire. — S. 39° 1.

23 septembre. — Persistance de la fièvre. — M. 38° 4. — Contre-ouverture sur le dos du pied, évacuation du pus, drainage, injection sublimée. — On refait le pansement de la veille. — S. 38°.

24 septembre. — Rien à signaler, si ce n'est que tous les matins on irrigue et on panse la plaie. — M. 37°1. — S. 38°2.

25 septembre. — M. 37°. — 37°8.

26 septembre. — M. 36°6. — S. 37°5.

27 septembre. — La suppuration est à peu près complètement arrêtée. — Le drain est définitivement retiré. — M. 37°1. — S. 38°3.

28 septembre. — M. 36°8. — S. 37°4.

29 septembre. — M. 37°2. — S. 37°.

30 septembre. — Comme il existe à gauche une déviation en dehors du gros orteil et qu'au dire du blessé cette déviation existait également à droite avant l'accident, il est placé dans le premier espace interdigital un tampon d'ouate destiné à s'opposer à la reproduction de cette déviation en maintenant l'orteil dans le prolongement de l'axe du pied. — M. 37°3. — S. 37°1.

1er octobre. — M. 36°5. — S. 37°2.

2 octobre. — M. 36°8. — S. 37°5.

3 octobre. — M. 36°5. — S. 37°.

La guérison va s'accentuant tous les jours : le 10 octobre la plaie était fermée. Dès lors le blessé se lève et, pour aider à la mobilisation de l'article pratiquée tous les matins, on le fait marcher avec une canne d'abord, sans canne une dizaine de jours après.

Jouss..... obtint en décembre deux mois de congé de convalescence. A sa rentrée en février il reprend son service régimentaire qu'il continue jusqu'au moment du renvoi de sa classe, octobre 1893.

La luxation métatarso-phalangienne présentée par mon blessé offre ceci de particulier qu'elle a eu lieu en bas et en arrière, qu'elle a nécessité une résection partielle du condyle articulaire, que cette résection a porté en plein cartilage d'encroûtement, que du même coup a été obtenue la guérison de la luxation avec conservation des mouvements et de la clinodactylie antérieurement constatée.

Au dire de M. Paulet, la luxation métatarso-phalangienne du gros orteil aurait toujours lieu en haut et en dehors. Et il admet si peu la luxation en bas que, commentant les 19 cas recueillis par lui dans la littérature médicale, il récuse comme mal observée celle que signale Decaisne. J'admets que la luxation en haut et en dehors répond mieux à la notion étiologique, consacrée par les expériences sur le cadavre, que l'on me paraît avoir tort de considérer comme exclusive de l'extension forcée.

Ce qui fait l'originalité de mon observation, c'est qu'il s'agit précisément d'une luxation métatarso-phalangienne en bas. La peau est déchirée, et par la plaie qui comprend toutes les parties molles de la région dorsale, la tête fait issue au dehors par une boutonnière qui l'étrangle, bridée même en dedans par le tendon extenseur. C'est par flexion forcée, avec léger mouvement d'adduction, que la lésion me paraît avoir été produite. Le cavalier, vivement projeté à droite par le mouvement tournant brusque de sa monture et entraîné au même instant par elle, a été renversé en arrière, la flexion de tout le corps se produisant au niveau de l'avant-pied retenu dans l'étrier par le fait de la trop grande largeur de sa botte. Ce mécanisme explique et la flexion et le degré d'adduction constaté.

Ici, comme dans toutes les luxations, la première indication à remplir était de réduire. Cette opération me paraissait devoir être bien plus facile que s'il se fût agi d'une luxation en haut où la présence des sésamoïdes eût exigé une manœuvre spéciale. Malgré mes efforts répétés et bien que je me fusse donné du jour par une incision libératrice, je ne pouvais parvenir à rétablir la contiguité osseuse. Et comme je ne voulais pas me décider à porter le bistouri sur les parties latérales que je tenais à conserver avec le minimum des délabrements produits par le traumatisme, j'estimais préférable de réséquer du condyle la quantité juste nécessaire pour que la réduction fût possible.

Cette abrasion faite, la tête métatarsienne du talon antérieur, comme on l'a appelée, n'en était pas moins conservée et j'étais autorisé à penser que l'intégrité cartilagineuse de la cupule phalangienne d'une part, que la persistance du cartilage d'encroûtement à la périphérie de la surface condylienne de l'autre, s'opposeraient, la mobilisation précoce aidant, à l'ankylose de l'article. Je tenais d'autant plus à la conservation de son rôle physiologique que cette articulation est mise en jeu pendant la marche, au pas ordinaire, au pas accéléré, pendant la course, le saut, et qu'il est des circonstances, comme en a rencontrées M. Delorme, où, pour la rétablir, la résection métatarso-phalangienne du gros orteil, limitée à la base de la phalange, se trouve absolument indiquée.

Quant à la déviation congénitale du gros orteil, il est aisé de comprendre que, par le jeu donné à l'article, on ait pu, par des pansements méthodiques, le faire disparaître. Si je m'en rapporte à ce qui existe au pied gauche, corroboré par le blessé lui-même, l'orteil faisait avec son métatarsien un angle obtus dont le sommet saillant en dedans répondait à la tête du métatarsien et venait s'appliquer par le bord externe de sa face plantaire sur une légère dépression du deuxième orteil destinée à le recevoir.

Je ne crois pas devoir m'attarder sur le phlegmon survenu à la face dorsale du pied que M. Paulet signale comme une complication habituelle des luxations métatarso-phalangiennes compliquées du gros orteil et qui, à

mon avis, résulte de la facilité avec laquelle peuvent se commettre, dans les manœuvres de réduction, les infractions aux règles de la pratique antiseptique.

Il me suffira de dire, en terminant, qu'au moment du départ du régiment, le blessé ne présentait pas la moindre particularité dans le rythme de sa marche, son pas était moyen, son pied se déplissait suffisamment pour que le genou n'eût pas à se fléchir davantage; la marche était facile, la course et le saut possibles.

Je le répète, mon blessé, libéré avec sa classe un an après l'accident, a satisfait pendant six mois au moins à toutes les obligations de son service.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Un cas d'albuminurie.

Erriksmann a fait un travail basé sur une observation fort curieuse. Il s'agissait d'un jeune homme âgé de 20 ans, chez qui on découvrit, un jour par hasard, de l'albumine. A partir de ce moment, ses urines furent étudiées avec grand soin. Chaque jour, on retrouvait de l'albumine, et d'après des tableaux faits à cet effet, on vit que la courhe d'albumine suivait très exactement le surmenage, les fatigues que s'imposait le malade. De même, prenait-il d'autres boissons que du lait, son albumine montait aussitôt. Ainsi, il suffisait d'un demi-verre de vin pour que son albumine montât de vingt ou trente centigrammes, chiffre habituel chez ce malade, à quatre-vingts centigrammes ou même un gramme.

Ce cas préoccupa différents médecins qui ne trouvèrent pas la cause de cette albuminurie. Il n'y avait pas de symptômes de mal de Bright; il n'y avait rien aux différents autres organes. Toute l'affection du malade se hornait à une albuminurie sans autre complication. Enfin, l'état général était aussi excellent qu'auparavant.

Bientôt ce jeune homme fut soumis à des fatigues très fortes et assez prolongées. Il fut aussi, dit l'auteur, exposé à de grands froids. Sous l'influence de cette perturbation dans son existence, l'albumine augmenta, et peu après apparut un abcès froid costal. Puis la toux apparut à son tour, des craquements se firent entendre au sommet. Une diarrhée opiniâtre, symptomatique d'une entérite tuberculeuse, succéda aux phénomènes précédents. La tuberculose gagna franchement l'appareil génito-urinaire lui-même, et le malade mourut en deux mois de cette hacillose généralisée.

Ce cas rappelle les albuminuries prétuberculeuses décrites il y a quelque temps en France. Elles sont importantes à connaître, car elles permettent de dépister une tuberculose au déhut, ou, tout au moins, de la soupçonner. Le pronostic, naturellement sérieux comme dans toute albuminurie, est encore aggravé dans ces circonstances.

Recherches expérimentales sur la rupture de la vessie.

Stabenrauch *(Arch. für klin. Chir.)* vient de faire un travail qu'il est intéressant de citer, parce que c'est un sujet qui chez nous a été déjà l'objet de recherches sérieuses dans différents mémoires et thèses parus il y a relativement peu de temps.

Quelles sont les conditions nécessaires pour la réalisation de la rupture de la vessie ? Pour l'auteur, il faut d'abord que la vessie soit plus ou moins distendue par l'urine, la force agissant sur la vessie étant de son côté supposée assez puissante. De plus, il importe peu que cette force agisse dans telle ou telle direction. En effet, que la vessie soit atteinte directement ou qu'elle le soit par contre-coup, la rupture peut tout aussi hien se produire.

Comment se présente cette ruptnre au point de vue anatomo-pathologique ? Les ruptures de la vessie sont divisées par l'auteur en ruptures complètes et en ruptures incomplètes. Ces dernières se produisent lorsque la vessie est déchirée de dedans en dehors, le péritoine ne cédant qu'en dernier lieu. Enfin l'anatomie pathologique nous apprend aussi que la vessie peut se rompre à la fois en plusieurs endroits. La disposition des fibres musculaires règle dans ce cas la forme et la direction des différentes ruptures.

Enfin un dernier point sur lequel l'attention des auteurs a déjà été souvent appelée, c'est le siège de la rupture. Stabenrauch conclut de ses expériences que la rupture de la vessie se fait toujours là où l'organe est le moins résistant. Il n'y a pas, du reste, de corrélation entre la solidité physique et la solidité anatomique de la vessie. C'est à la paroi postérieure de la vessie que se font le plus souvent les ruptures. En effet, à ce niveau, les fibres musculaires s'enchevêtrent de façon à laisser entre elles des espaces grâce auxquels la solidité de la paroi postérieure est moindre que celle des autres parties de la vessie.

Stabenrauch n'arrive à ces conclusions qu'après expérimentation sur un très grand nombre de cadavres. Elles sont intéressantes à rapprocher des travaux déjà parus sur la question.

Amblyopie pendant la lactation.

M. Heinzel (*Beitrage zur Augenheilkunde*) vient de publier trois faits d'amblyopie ayant apparu pendant la lactation. Cette amhlyopie apparaît, en général, chez des malades dont la grossesse s'était hien passée. Ce n'est qu'à la fin de la grossesse que se montre cette amblyopie, quelquefois même au commencement de la lactation.

L'affection consiste en une amhlyopie d'abord légère. Mais celle-ci peut s'aggraver, elle peut se terminer per une amaurose absolue. Le plus souvent, ce sont les deux yeux qni sont pris.

L'examen physique révèle les lésions suivantes : œdème papillaire avec stase vasculaire. Comme intensité, ces lésions sont d'ailleurs variables. Elles sont, à ce point de vue, en relation avec le siège de la lésion même, suivant que celle-ci siège près de la papille ou dans les portions rétrohulbaires du nerf optique. En outre, les symptômes physiques ne sont pas proportionnels aux troubles fonctionnels.

Tels sont les symptômes par lesquels se traduit l'amhlyopie qui apparaît pendant la lactation. Cette maladie évolue, en général, pendant un temps assez long; elle peut durer plusieurs mois. La terminaison de cette affection est marquée par une atrophie partielle du nerf optique, mais il n'y a pas de diminution évidente de l'acuité visuelle. Il n'y a jamais de cécité persistante.

Quelle est la cause de cette amhlyopie? Celle-ci est évidemment sous la dépendance d'une névrite, mais il n'y a pas de causes habituelles de névrite. Aussi, pour l'auteur, s'agirait-il d'une névrite de lactation.

Le traitement consiste simplement à s'adresser à la cause; il faut supprimer la lactation. C'est le meilleur moyen de se rendre maître de l'amhlyopie. Aussi prescrira-t-on aux malades atteintes d'amblyopie, pendant la lactation, l'emploi des diurétiques et des diaphorétiques.

Traitement de la myocardite alcoolique.

Déjà a été exposée ici l'étude symptomatique et clinique de la myocardite alcoolique, telle que l'a décrite Aufrecht. Cet auteur reprend la question, mais principalement au point de vue du traitement.

Avant tout, dit l'auteur, il faut supprimer l'alcool radicalement, et cela dès le déhut du traitement. A ce moment, avec le repos, l'usage de quelques diurétiques légers, l'abstention de hoissons alcooliques suffit à amener la guérison. L'essoufflement, les accès de dyspnée passagère cèdent; la dilatation simple du cœur, qui caractérise cette période, disparaît.

A la seconde période, où se montrent encore tous les phénomènes précités, mais auxquels s'ajoutent un peu de tuméfaction du foie, un peu d'albuminurie, quelquefois même un peu d'ascite, c'est encore au même traitement qu'on aura recours.

Mais à la troisième période, où l'état général est plus grave, où le malade présente un cœur très distendu et hypertrophié, où le foie est énorme, l'ascite très marquée, l'albuminurie et l'œdème des jambes souvent fort intenses, où même peut apparaître l'anasarque, il est rare que le traitement précédent suffise. C'est alors qu'on devra fortifier le cœur avec de la digitale. On en met 1 gr. 50 à 2 gr. dans 150 grammes d'eau, avec 30 grammes de sirop. On prend une cuillerée à bouche toutes les deux heures. La poudre de feuilles de digitale peut aussi se donner en paquets de 0.25 cgr.; on en prend quatre par jour. Au bout de trois jours, la digitale produit d'ordinaire des effets surprenants.

Bien entendu, si le mal est avancé, il faudra plusieurs cures de digitale.

Enfin si la digitale ne produit pas l'effet attendu, on l'aidera par la ponction de l'abdomen, les scarifications des jambes et du scrotum. Par la réunion de ces différents procédés, les myocardites alcooliques avancées elles-mêmes sont guéries dans la très grande majorité des cas.

RUSSIE

Le cœur chez les diphtériques.

M. Papkoff (*Vratch*) donne les résultats de neuf autopsies de diphtériques dans lesquelles il a pu examiner le cœur de une à douze heures après la mort.

Macroscopiquement le cœur est mou, fragile. Ses cavités sont dilatées, contenant soit du sang rouge sombre, soit des caillots. Quelquefois même le cœur est jaunâtre, avec ecchymoses punctiformes. Ce sont là les principaux traits de l'examen macroscopique du cœur; et à vrai dire, ils confirment bien les données déjà connues sur le cœur des diphtériques.

Plus intéressante est la partie du travail de Papkoff où l'auteur s'occupe de l'étude microscopique du cœur. La fragmentation des fibres musculaires est le fait dominant; cette fragmentation existe déjà pendant la vie. Ce n'est sûrement pas le fait d'une altération cadavérique, puisque Papkoff l'a trouvée chez un enfant dont l'autopsie a été faite une heure après la mort, sans que le cadavre eût encore le moindre signe de décomposition. La fragmentation des fibres cardiaques s'accompagne aussi, d'après Papkoff, de dégénérescence graisseuse et de dégénérescence cireuse du muscle cardiaque.

Les modifications du cœur surviennent très rapidement chez les diphtériques. Aussi peut-il se faire que tout traitement échoue. On peut reconnaître deux degrés aux lésions du muscle cardiaque. C'est d'abord la fragmentation des fibres, due aux modifications de la substance intrafibrillaire. Puis la myocardite interstitielle vient dominer la scène.

Terminons en disant que les malades qui ont servi à ces observations n'ont pas été traités par le sérum antidiphtérique, et que de plus ils sont tous morts très rapidement.

Il est possible que le sérum agisse sur les fibres cardiaques, et que par le nouveau traitement de la diphtérie, on rencontre peu de cas de myocardites diphtériques. Toutefois ce n'est encore là qu'une présomption. A l'avenir appartiendra de montrer comment les lésions du muscle cardiaque des diphtériques seront influencées par la sérothérapie.

Anémie progressive pernicieuse.

Koutrebinsky (*à la Société de médecine de Kiev*) a présenté deux cas d'anémie pernicieuse ayant pour point de départ des maladies nettement définies. Le but de l'auteur est de montrer que ce n'est pas une affection autonome et d'ordre spontané, et à vrai dire, ses deux cas semblent bien prouver la théorie que l'auteur veut avancer.

La première observation a trait à un petit garçon de cinq ans atteint, depuis deux années, de diarrhée sanguinolente ayant provoqué une chute du rectum. Il y aurait même eu des vers intestinaux dans les selles de l'enfant. Cet enfant présenta les phénomènes suivants, que l'on peut bien ranger dans le groupe des anémies pernicieuses : arrêt de développement physique, teint pâle, thorax rachitique, œdème de la face et des jambes, un peu d'ascite, pulsations dans les carotides et les veines du cou, indican dans les urines, rétine pâle, sang aqueux et peu coloré, diminution marquée des globules rouges.

Ici donc il ne saurait y avoir de doute; c'est bien par suite de troubles intestinaux ayant réagi sur tout l'organisme qu'éclata l'anémie pernicieuse.

Le second cas est tout aussi typique. Il s'agit ici d'un enfant de douze ans dont le ventre était ballonné, qui avait un peu d'ascite, sans albumine dans les urines; la rétine était pâle, le foie abaissé de quatre travers de doigt. Le sang avait des caractères se rapprochant singulièrement de ceux du malade précédent. Les globules rouges étaient encore moins nombreux. Enfin, de plus, ce malade présentait une augmentation de tous les ganglions lymphatiques en général. A l'autopsie on constata que ces ganglions étaient réellement tuberculeux, en même temps qu'il y avait des accidents de gastro-duodénite. C'est la tuberculose des ganglions lymphatiques qui, ici, est la cause première de l'anémie pernicieuse qui emporta le malade.

A différents titres, ces deux observations sont intéressantes. Il est peu de maladies moins connues que l'anémie pernicieuse. Peut-être bien, comme tendrait à le prouver ce qu'on vient de lire, ne serait-ce pas une maladie à proprement parler, mais un complexus symptomatique apparaissant sous des influences diverses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février. — Présidence de M. Théophile Anger.

Cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques.

M. Bazy lit un rapport sur des observations de méat sus-pubien chez les prostatiques, envoyées à la Société par M. Mougeot fils (de Chaumont.)

Le terme de cystostomie est défectueux. Ce n'est pas une bouche que l'on crée dans la vessie, c'est véritablement un méat.

En donnant autrefois, les indications du méat sus-pubien, j'avais dit que, de ces indications, les unes étaient communes à tous les urinaires et les autres spéciales aux prostatiques. Je tiens à conserver cette division qui a été adoptée par MM. Guyon et Michon dans un travail paru en 1895.

Les indications du méat communes à tous les urinaires sont : les douleurs, les hémorrhagies, l'infection vésicale.

Parmi les douleurs, il faut distinguer les douleurs qui sont dues au cathétérisme et celles qui sont dues à la distension de la vessie. Les premières ne comptent pas; les dernières seules sont une indication du méat.

Les hémorrhagies sont évidemment une indication du méat; mais une indication imparfaite. J'ai deux observations récentes dans l'une desquelles le cathétérisme a suffi pour arrêter l'hémorrhagie.

Les observations de M. Mougeot, si elles nous prouvent une fois de plus la bénignité et la simplicité du méat sus-pubien, ne sont pas faites pour montrer la nécessité absolue de ce méat, même dans le cas d'hémorrhagies abondantes.

Ce que je dis de l'hématurie, je le dirai aussi de l'infection vésicale qui n'en reste cependant pas moins la plus puissante indication du méat. M. Poncet, lui-même, a mis une sourdine à son enthousiasme pour ce méat. Et moi-même, sans vouloir remplacer totalement ce dernier par la sonde, je dis que le cathétérisme, bien fait, nous rend maître de bien des situations fâcheuses. Je considère le drainage de la vessie par les voies naturelles comme la meilleure opération qui puisse être faite, sauf dans les cas extrêmes où il est impossible, cas dans lesquels le méat s'impose.

Ce drainage m'a suffi très souvent chez des prostatiques. On a trop de tendance à dire que, chez eux, le cathétérisme est parfois impossible, et l'on a trop de tendance à faire, de suite, la taille sus-pubienne. On dit même que le cathétérisme est parfois plus dangereux que la taille. Or, y a-t-il vraiment, dans la taille, la bénignité qu'on lui accorde si volontiers ? Je ne le crois pas, surtout si j'envisage, non les résultats immédiats qui sont, à coup sûr, fort beaux, mais les résultats éloignés de l'opération. Ces résultats sont tels que le malade, pour rien au monde, ne voudrait se faire réopérer ainsi, le cas échéant.

En résumé, donc, j'estime que la taille, quoique indiquée dans la douleur d'origine vésicale, les hémorrhagies et l'infection vésicale, ne doit être employée qu'à titre d'exception, et qu'il faut, avant tout, lui préférer la sonde.

M. Routier. — Je suis surpris de voir M. Bazy partir en guerre contre la cystostomie sus-pubienne. Nous avons tous admis, lors de la dernière discussion sur ce sujet, qu'il fallait conserver cette opération parce qu'elle était d'une grande utilité dans les cas où le cathétérisme de la vessie devenait insuffisant.

M. Bazy. — Je n'ai pas voulu rejeter complètement la cystostomie, autrefois, j'ai été un des premiers à m'en servir. Mais j'ai voulu dire que l'on avait tendance à en user trop vite dans beaucoup de cas, et c'est contre cet excès que j'ai voulu réagir.

Ostéome du maxillaire inférieur.

M. Berger. — Voici une pièce rare. C'est un ostéome du maxillaire inférieur. Jusqu'ici, très peu de cas de ce genre ont été signalés.

Dans le bulletin de la Société de Chirurgie sont rapportés une observation de M. Leteneur (de Nantes), puis deux faits dont l'un a servi de sujet de clinique à Trélat, dont l'autre est dû à M. Jalaguier. Encore ces deux faits se rattachent-ils à des lésions différentes.

Dans les cas d'ostéome rapportés par la chirurgie anglaise, il s'agissait une fois d'un chondrôme ossifiant du maxillaire inférieur, une autre fois d'une hyperostose diffuse de la face. En Allemagne il existe, à Halle, un fait probant d'ostéome du maxillaire inférieur.

Donc, les faits d'ostéome du maxillaire inférieur sont extrêmement rares.

Le cas que je présente aujourd'hui est celui d'une jeune femme ayant eu auparavant des abcès dentaires. Elle portait une tumeur du maxillaire sur laquelle on avait fait une incision exploratrice par la bouche, mais sans résultats. Vint alors l'exploration de la dent de sagesse correspondant au côté de la tumeur. Cette dent, accusée d'être la cause de la tumeur, fut de suite enlevée, mais la tumeur resta. C'est alors que cette malade est entrée à la Pitié avec le diagnostic de périostite alvéolo-dentaire.

Je me trouvai en présence d'une tumeur d'une dureté manifeste et étendue de la joue. Vers sa partie inférieure la tumeur avait une coloration rouge, les mâchoires s'écartaient à peine. Enfin deux orifices donnaient issue, du côté de la bouche, à du pus mal lié avec des points jaunâtres. J'ai incisé cet abcès. Je pouvais penser à de l'actinomycose. Mais on n'a trouvé dans le pus que des microbes vulgaires.

J'ai donc porté le diagnostic d'ostéo-sarcôme de la mâchoire. J'ai opéré et j'ai fait la résection de la branche montante du maxillaire inférieur. La tumeur ainsi enlevée, était circonscrite, allant depuis la branche montante jusqu'à la deuxième molaire, elle portait l'implantation d'un certain nombre de dents.

A la coupe, le tissu osseux, spongieux, se présentait avec les mêmes caractères dans toute la tumeur. Elle a été examinée par mon chef de laboratoire M. Bezançon. C'était un ostéome pur formé par du tissu osseux limité et séparé du reste de l'os par un tissu médullaire jeune.

Ces caractères anatomiques de circonscription de la tumeur sont bien spéciaux à l'ostéome. Dans quelques-uns des exemples qui ont été rapportés à l'ostéome, le tissu pathologique était plus ou moins diffus.

Au point de vue clinique, cet ostéome a présenté une marche particulière avec des poussées inflammatoires.

Ces caractères inflammatoires, peut-être occasionnés par les incisions antérieures de la gencive au niveau d'un os prédisposé à s'enflammer, ont été une cause d'erreur pour le diagnostic.

Or, le diagnostic avait ici de l'importance à cause du traitement. Il est évident que j'ai bien fait d'enlever la branche montante du maxillaire avec la partie postérieure du corps de l'os, puisque j'avais porté le diagnostic d'ostéo-sarcôme. Mais il n'est pas moins évident que j'aurais pu faire un sacrifice moins grand d'os, si j'avais été sûr du diagnostic d'ostéome. Néanmoins les résultats ont été excellents. Il y a peu de déformation de la face, pas de déviation du maxillaire inférieur quand il s'abaisse. J'ai employé la prothèse immédiate sans en être satisfait. Je la crois utile dans les cas de résection partielle, mais non dans les cas de résection en totalité de la moitié du maxillaire.

M. Théophile Anger cite un cas semblable à celui de M. Berger, cas qu'il a opéré il y a vingt ans. Lui aussi, avait porté le diagnostic d'ostéo-sarcôme. En réalité, il s'agissait d'un petit ostéome oblong, long de 2 à 3 centimètres. Si j'avais soupçonné cet ostéome, j'aurais pu l'enlever par la trépanation sans faire le sacrifice d'os que j'ai fait.

Quant à la prothèse immédiate dans ce genre de résection, je n'en ai jamais retiré que des résultats défavorables.

M. Delorme discute la valeur de la prothèse immédiate. Il cite trois exemples de prothèse dans deux desquels l'appareil a été bien supporté. Dans le troisième cas, au contraire, il y a eu des phénomènes inflammatoires consécutifs et il a fallu enlever l'appareil.

M. Terrier, avec Mollier, pense que la prothèse immédiate est utile parce qu'elle dirige le travail de réparation, mais c'est tout. Plus tard l'appareil n'est pas supporté à cause de la suppuration.

M. Delorme, comme M. Terrier, pense que l'appareil prothétique n'est pas supporté s'il y a suppuration, mais seulement s'il y a suppuration abondante.

Présentation de malade.

M. Kirmisson présente un malade atteint d'ostéomyélite prolongée du tibia. L'os était presque complètement détruit. Il restait simplement un anneau d'os compact.

M. Kirmisson a pu reconstituer à peu près le tibia en enlevant un segment conique de l'os. JEAN PETIT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février 1896.

Des blessures produites par les balles Lebel.

M. Delorme a étudié les effets que produisent les balles Lebel et il est arrivé à formuler les conclusions suivantes :

Les effets sont variables avec le coefficient balistique des projectiles comme avec leur vitesse.

Arrivées dans les tissus, les balles Lebel s'y creusent de longs trajets avec éclatement à distance.

Deux complications surviennent immédiatement après le trau-

matisme créé par une balle Lebel : ce sont la commotion et l'hémorrhagie.

La commotion est, le plus souvent, faible. Il est à remarquer qu'une blessure, même grave, ne produit sur le moment que la sensation d'un léger choc. Il semble au blessé qu'il soit atteint simplement par une pierre.

Quant aux hémorrhagies, elles sont rarement graves.

Examine-t-on une blessure produite par une balle Lebel, on voit que les orifices d'entrée et de sortie sont d'un diamètre un peu supérieur à celui de la balle. Ils sont circulaires et le diamètre de l'orifice de sortie l'emporte sur celui de l'orifice d'entrée. On voit aussi que la balle, en traversant les tissus, entraîne avec elle, dans certains cas, des fragments de vêtements.

Enfin, lorsque la distance qu'a franchie la balle est grande et que, de plus, celle-ci est dirigée vers un corps très résistant, il se produit une fragmentation très marquée du projectile avec éclatement considérable. Cet éclatement est alors capable de déterminer autour de lui de nouveaux traumatismes.

Immunisation contre l'intoxication par la strychnine.

M. Laborde. — De même que certaines substances d'origine animale jouissent d'un pouvoir immunisant, de même on retrouve cette propriété d'immunisation dans les substances médicamenteuses du règne végétal. Ainsi l'extrait de curare est un médicament préventif et curatif du tétanos strychnique. L'expérience suivante est bien faite pour prouver la chose.

On commence par injecter à une grenouille témoin une dose de curare qui ne la tue pas. Puis à cette grenouille on injecte une dose de strychnine. On voit qu'elle reste saine. Injecte-t-on au contraire cette même dose de strychnine à une autre grenouille non curarisée, on voit se produire le tétanos strychnique.

De plus, si à la grenouille actuellement tétanisée est injectée la dose de curare qui a immunisé l'autre grenouille, on constate qu'elle guérit de son tétanos. Il y a donc bien là un fait de prévention par une toxine végétale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 février.

A propos de l'appendicite expérimentale.

M. Dieulafoy. — Dans la précédente séance, MM. Roger et Josué ont fait connaître le résultat de leurs expériences, d'après lesquelles une obstruction, même passagère, de l'appendice cœcal du lapin suffit pour amener chez cet animal une inflammation suppurative en transformant un microbe inoffensif de l'intestin en un agent pathogène.

Dans les leçons que j'ai faites cet hiver à la Faculté, j'ai nettement établi, anatomiquement et bactériologiquement, pour l'appendicite de l'homme, les faits que viennent confirmer, pour l'appendicite du lapin, les expériences de MM. Josué et Roger. Voici, du reste, les conclusions de ces leçons :

L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close.

La transformation du canal appendiculaire en une cavité close peut se faire sur un point quelconque du canal, dont la longueur et l'étroitesse se prêtent si bien à cette transformation. Celle-ci s'effectue par différents mécanismes. Le plus souvent, l'oblitération partielle est due à la formation lente et progressive d'un calcul venu non pas du cœcum, ainsi qu'on l'avait admis à tort, mais d'une véritable lithiase appendiculaire que je compare à la lithiase biliaire et à la lithiase rénale. J'ai pu démontrer, par de très nombreux exemples, la similitude pathogénique de ces trois lithiases, leur existence dans une même famille et l'hérédité de l'appendicite calculeuse, que je propose de faire rentrer désormais dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme. Dans d'autres circonstances, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est la conséquence d'une infection locale tout à fait comparable à l'altération des canaux biliaires au cas d'ictère dit catarrhal. Enfin, dans quelques cas, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est le résultat lent et progressif d'un rétrécissement fibreux comparable au rétrécissement du canal de l'urèthre. Ajoutons que plusieurs de ces causes peuvent se trouver réunies chez le même sujet.

Les symptômes de l'appendicite bénigne ou grave, légère ou violente, n'éclatent que lorsque la transformation en cavité close est constituée. A ce moment, les microbes de l'appendice, jusque-là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence; il se passe ici la même chose que dans les expériences de Klecki, par la ligature d'une anse intestinale.

Il s'élabore, dans l'appendicite ainsi constituée, un foyer d'infection parfois terrible, dont les principaux agents microbiens sont le colibacille et le streptocoque, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté.

Parfois, la virulence de l'appendicite est si considérable que le malade peut succomber du fait même de son appendicite infectieuse, les lésions et les symptômes de péritonite étant à peine ébauchés.

Dans d'autres cas, l'infection se fait de l'appendice vers le péritoine, les parois de l'appendice n'étant nullement perforés et, malgré cette absence de perforation, on peut voir éclater toutes les variétés de péritonite ; septicémie aiguë du péritoine, péritonite généralisée, péritonite enkystée, abcès péritonéaux à distance.

Quant aux cas qui étaient considérés comme les plus classiques, parce qu'ils étaient le mieux connus, l'infection appendiculaire aboutit à la gangrène, à la perforation de l'appendice, et l'on assiste à l'évolution des différentes variétés de péritonite par perforation.

Des accidents consécutifs aux injections de sérum antidiphtérique.

M. Hutinel. — Je suis peu éloigné de me ranger à l'opinion soutenue par M. Sevestre dans la dernière séance, sur la pathogénie des accidents tardifs post-sérothérapiques; je crois toutefois devoir faire quelques réserves sur les raisons qui ont dicté ses conclusions.

Je ne nie pas que les accidents tardifs qui se produisent à la suite des injections de sérum de Roux ne soient dus à des infections streptococciques. Les analogies que présentent ces accidents avec ceux des angines à streptocoques rendent la chose vraisemblable; je ferai cependant remarquer que ni les examens directs du muscle de la gorge, ni les analyses du sang, ni les autopsies n'ont établi le fait.

Quant à la gravité des accidents post-sérothérapiques, on ne saurait la mettre en doute, car j'ai vu deux enfants succomber à ces derniers : l'un avait une angine diphtérique avec association streptococcienne; l'autre était atteint d'une diphtérie pharyngée consécutive à une scarlatine. Tous deux furent injectés avec le sérum de Roux et présentèrent successivement de l'albuminurie, de l'anurie, etc.

M. Chantemesse. — Il ne me paraît pas possible de faire rentrer l'albuminurie dans le cadre des accidents imputables au sérum. Ce dernier, loin d'offenser le rein, le protégerait plutôt. C'est également une erreur de prétendre qu'on ne trouve pas de streptocoques dans le sang dans la streptococcie : je les ai constatés dans un assez grand nombre de cas.

M. Hutinel. — Chez les malades atteints d'érysipèle mais dans les cas d'angine associée je n'ai jamais pu faire cette constatation.

M. Sevestre. — J'ai observé un nouveau fait qui vient à l'appui de la théorie que j'ai défendue dans la dernière séance : il s'agit d'un enfant qui, à la suite de douleurs lombaires très vives, fut atteint d'une angine à streptocoques. Naturellement on

ne lui injecta pas de sérum. Or, quelques jours après, ce petit malade fut pris de douleurs articulaires et présenta une éruption cutanée au niveau des principales jointures. Nul doute que, si cet enfant avait reçu une injection de sérum, on n'eût attribué à celle-ci les accidents qu'il a présentés, alors qu'en réalité ils étaient sous la dépendance du streptocoque. Fait à noter : à aucun moment mon petit malade n'a eu d'albuminurie.

M. Le Gendre. — Je donne des soins en ce moment à un enfant, atteint d'angine diphtérique, qui n'avait jamais présenté d'albuminurie dans l'urine avant qu'on lui ait fait une injection de sérum et qui, quatre jours après, avait une albuminurie très nette. Sans vouloir dire que c'est l'injection qui dans ce cas à été la cause de l'albuminurie, il me semble que ce fait concorde mal avec le rôle de protection que, d'après M. Chantemesse, le sérum jouerait vis-à-vis du rein.

M. E. Hirtz. — Je connais également deux enfants qui n'avaient jamais eu d'albuminurie avant qu'on leur injectât du sérum et qui en ont été atteints quelques heures après. S'il n'y a pas là une relation de cause à effet, il y a là, tout au moins, une coïncidence bizarre.

M. Chantemesse. — Je crois, en effet, qu'il ne s'agit là que d'une simple coïncidence, aussi bien dans le cas de M. Le Gendre que dans ceux de M. Hirtz. Des centaines de faits contraires ont établi que les injections de sérum ne déterminent pas d'albuminurie. Si celle-ci se produit à la suite d'une injection, elle doit être attribuée à l'intervention d'un autre facteur, et notamment à une infection secondaire.

M. Variot. — Au cours de l'année dernière, 1,414 enfants reconnus diphtériques après examen bactériologique ont été traités au pavillon Bretonneau par les injections de sérum ; 205 ont succombé, soit une mortalité d'environ 14.5 0/0. Cela posé, je demande à faire quelques réserves sur l'interprétation proposée par M. Sevestre pour expliquer les accidents tardifs du sérum.

Si le streptocoque joue un rôle prépondérant dans la production de ces accidents, on s'explique mal qu'ils ne se produisent qu'au bout de douze à quatorze jours, alors que le processus en évolution sur les muqueuses buccale et laryngée est en quelque sorte éteint. Bien que je ne puisse étayer une opinion sur des expériences, je crois plutôt que les accidents du sérum sont dus pour une part à un dédoublement dans le sang de ses principes albuminoïdes, et pour l'autre à un commencement d'altération de ces mêmes principes. On se mettra à l'abri de celle-ci en ne faisant usage que d'un sérum fraîchement préparé.

M. Chantemesse. — Je demanderai à M. Variot s'il a observé de l'albuminurie chez les malades qu'il a traités par la sérothérapie.

M. Variot. — Je ne crois pas que l'albuminurie soit un accident directement imputable au sérum. Ce que j'ai constaté, par exemple, chez un grand nombre de mes petits sujets, c'est un abaissement du volume de l'urine émise. L'albuminurie ne s'observe guère que dans les diphtéries très graves ou toxiques.

M. Catrin. — Je crois, comme M. Variot, que le sérum s'altère par le vieillissement; il serait donc bon, selon moi, de faire en France comme en Amérique, c'est-à-dire d'inscrire sur chaque flacon la date de sa préparation : on ne serait pas ainsi exposé, comme on l'est aujourd'hui, à se servir d'un sérum trop ancien.

La séance est levée. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er février.

Troubles du réflexe patellaire par lésions labyrinthiques.

M. Bonnier. — Il peut se faire que les lésions labyrinthiques déterminent des troubles réflexes éloignés, comme des modifications du réflexe patellaire, surtout si les symptômes ont une apparition brusque, et si l'oreille saine ne peut suppléer l'autre.

S'il y a insuffisance labyrinthique brusque, les réflexes rotuliens sont d'ordinaire exaltés.

S'il y a irritation labyrinthique brusque et sans insuffisance, les réflexes rotuliens sont diminués, et même supprimés dans les paroxysmes.

Les variations des réflexes ont une durée qui dépend de différentes conditions. Si les symptômes labyrinthiques persistent, le réflexe ne sera normal qu'après leur disparition, et cela subitement. Sinon il redeviendra normal dans des conditions variables suivant les individus.

Ce fait peut ne s'observer que d'un seul côté, et toujours dans ce cas c'est du même côté que siègent les troubles labyrinthiques et ceux du réflexe patellaire.

Stérilité par épididymite unilatérale.

M. de Sinéty. — On sait que l'épididymite blennorrhagique est une des grandes causes de l'infécondité de l'homme. Mais cette infécondité peut apparaître alors même que d'un seul côté l'épididyme est malade. Point n'est besoin que les deux côtés soient atteints pour qu'il y ait stérilité.

D'ailleurs, les individus inféconds par épididymite blennorrhagique ne sont pas impuissants. Leurs fonctions génitales se font parfaitement bien. Mais si l'on examine leur sperme, on constate qu'il contient fort peu de spermatozoïdes. Ceux qui se montrent encore n'ont plus leurs mouvements deux ou trois heures après l'éjaculation, alors que dans les conditions ordinaires ils les possèdent encore à ce moment.

Infection urinaire par le bacille pyocyanique.

M. Moty. — Un enfant entre à l'hôpital pour cystite ancienne. Sans avoir jamais été sondé, il a été suffisamment exploré auparavant pour qu'on soit certain qu'il possède un calcul.

Les urines sont troubles, non hématuriques. Leur examen bactériologique montre une culture pure de bacille pyocyanique.

On procède à la taille, qui réussit et ne s'accompagne pas d'élévation de température. De plus, quelque temps plus tard, on fait la cure radicale d'une hernie inguinale avec le même succès.

Aspergillose pleurale.

M. Rénon. — Un lapin injecté par la voie veineuse eut de l'aspergillose pleurale. Ce fait est presque une rareté.

Quatre jours après l'injection, le lapin succomba, avec lésions d'aspergillose hépatique et rénale. De plus, la partie supérieure du poumon gauche adhérait à la plèvre thoracique par un exsudat fibrineux, qui, ensemencé sur des tubes de liquide de Raulin, donna des spores d'aspergillus fumigatus.

Vie aseptique.

M. de Varigny, répondant à M. Galippe qui s'élevait contre l'existence de l'animal aparasitaire (Voir *Gazette Médicale* du 8 février), dit que les expériences de MM. Nuttall et Thierfelder ont prouvé que l'animal aseptique existe. Par animal aseptique, il faut entendre animal dépourvu de microbes communs, c'est-à-dire vivant sur les muqueuses digestive et respiratoire, dans la partie des cavités du corps communiquant avec l'extérieur.

Action de l'électricité sur les toxines bactériologiques.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — L'électricité non seulement rend les toxines pyocyanique et diphtérique inoffensives, mais encore donne des propriétés vaccinantes à ces toxines atténuées.

En effet, trois cobayes, après avoir reçu trois centimètres cubes de toxine pyocyanique atténuée par l'électricité, sont ino-

culés avec deux centimètres cubes de culture pyocyanique vivante. L'inoculation ne produit sur eux aucun effet, alors que des cobayes témoins meurent rapidement. Le fait est identique, mais moins net, avec la toxine diphtérique.

La toxicité de la toxine diphtérique a été détruite par simple ébranlement moléculaire dû à des courants à haute fréquence, sans aucune action chimique.

On peut tirer de ces faits des conclusions cliniques : les courants à haute fréquence pourront peut-être être rendus assez puissants pour détruire ou atténuer le toxine dans l'organisme, d'autant plus que leur influence sur la sensibilité et la motricité est nulle.

M. J. Richard dit que ses expériences montrent une relation bien nette entre la ligne latérale du cyprin doré et les fonctions de la vessie natatoire.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 19 AU 22 FÉVRIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 19 février, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Varnier, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Tuffier, Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Gilles de la Tourette, Wurtz.

Jeudi 20 février, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Poirier, Duplay. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Thiéry, Le Dentu, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Charrin, Achard. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 21 février, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Widal, Wurtz. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Walther, Broca. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Gaucher, Thoinot. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 22 février, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Hutinel, Marfan. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Le Dentu, Berger, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Nélaton, Thiéry. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Chantemesse, Marie. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 19 février, à 1 heure. — *M. Pellerin* : Bourrage du vagin par les tampons glycérinés. (Columnisation des Américains) (MM. Tillaux, Pinard, Sebileau, Broca). — *M. Giresse* : Contribution à l'étude des occlusions instinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale (MM. Pinard, Tillaux, Sebileau, Broca).

Jeudi 20 février, à 1 heure. — *M. Radovici* : Le climat des altitudes dans le traitement de la phtisie pulmonaire (MM. Jaccoud, Panas, Netter, Hartmann). — *M. Fournier* : Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales (MM. Panas, Jaccoud, Netter, Hartmann). — *M. Launay* : Veines jugulaires et artères carotides chez l'homme et les animaux supérieurs (MM. Panas, Jaccoud, Netter, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours du bureau central (médecine).

Le jury de ce concours est constitué provisoirement ainsi qu'il suit :

MM. Cornil, Potain, Josias, Raymond, Mauriac, Giraudeau, Kirmisson.

Se sont fait inscrire pour ce concours :

MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Beaumé, Belin, Berhez, Bezançon, Boix, Boulloche, Bruhl, Capitan, Caussade, Charrier, Claisse, Coffin, Courtois-Suffit, de Gennes, de Grandmaison, de Saint-Germain, Deschamps, Duhief, du Pasquier, Dupré, Dutil, Enriquez, Ettlinger, Florand, Gallois, Gastou, Gonget, Hallion, Hudelot, Jacquet, Jeanselme, Laffitte (Adolphe), Lamy, Legry, Le Noir, Leredde, Lesage, Létienne, Lion (Camille), Londe, Lyon (Raphaël), Macaigne, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, Pignol, Plicque, Régnier, Renault, Rénon, Sallard, Sottas, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Triboulet, Veillon.

Soit 69 candidats pour trois places.

Hôpital de la Pitié.

M. le Dr Babinski reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, à l'hôpital de la Pitié, samedi prochain 15 février, à 10 h. du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôtel-Dieu.

MM. Griffon, A. Guillemot et J. Roger, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'externat le jeudi 13 février à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau) et la continueront les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Necker.

MM. Fauquez, Guinard, Heresco et Rist commenceront une conférence d'internat le lundi 17 février, à 2 heures de l'après-midi, à l'hôpital Necker (ancien amphithéâtre de chirurgie).

ACTES OFFICIELS

Un décret publié dans le *Journal officiel* du 21 janvier porte règlement de police sanitaire maritime. Nous extrayons de ce document le chapitre suivant relatif aux *médecins sanitaires maritimes* (*Semaine Médicale*) :

Art. 15. — Tout bâtiment à vapeur français affecté au service postal ou au transport d'au moins cent voyageurs, qui fait un trajet dont la durée, escales comprises, dépasse quarante-huit heures, est tenu d'avoir à bord un médecin sanitaire.

Ce médecin doit être Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine ; il prend le titre de « médecin sanitaire maritime ».

Art. 16. — Les médecins sanitaires maritimes sont choisis sur un tableau dressé par le ministre de l'intérieur, après un examen passé devant un jury qui est désigné par le ministre, sur l'avis du comité de direction des services de l'hygiène.

L'examen porte sur l'épidémiologie, la prophylaxie et la réglementation sanitaires et leurs applications pratiques. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtées par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène.

Il est délivré aux candidats agréés par le ministre un certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

Art. 17. — Au cas où le nombre des médecins sanitaires maritimes portés sur la liste serait insuffisant, le ministre de l'intérieur pourvoit, sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène, aux nécessités du service médical.

Art. 18. — Un délai de trois mois est accordé, à partir de la date du présent décret, pour permettre aux médecins d'obtenir le certificat prévu par l'article 16 et aux Compagnies de navigation et armateurs d'assurer l'embarquement de ces médecins.

Les médecins sanitaires antérieurement commissionnés auprès des Compagnies maritimes peuvent être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes, sur leur demande transmise, avec avis motivé, par les directeurs de la santé de leur port d'attache et sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène.

Art. 19. — Le médecin sanitaire maritime a pour devoir d'user de tous les moyens que la science et l'expérience mettent à sa disposition :

a) Pour préserver le navire des maladies pestilentielles exotiques (choléra, fièvre jaune, peste) et des autres maladies contagieuses graves ;

b) Pour empêcher ces maladies, lorsqu'elles viennent à faire apparition à bord, de se propager parmi le personnel confié à

ses soins et dans les populations des divers ports touchés par les navires.

Art. 20. — Le médecin sanitaire maritime s'oppose à l'introduction sur le navire des personnes ou des objets susceptibles de provoquer à bord une maladie contagieuse.

Art. 21. — Le médecin sanitaire maritime fait observer à bord les règles de l'hygiène. Il veille à la santé du personnel, passagers et équipage, et leur donne ses soins en cas de maladie.

Art. 22. — Le médecin sanitaire maritime se concerte avec le capitaine pour l'application des dispositions contenues dans les trois articles qui précèdent.

En cas d'invasion à bord d'une maladie pestilentielle ou suspecte, il prévient immédiatement le capitaine et assure, d'accord avec lui, les mesures de préservation nécessaires.

Art. 23. — Le médecin sanitaire maritime inscrit jour par jour. sur un registre, toutes les circonstances de nature à intéresser la santé du bord.

Il mentionne les dates d'invasion, de guérison ou de terminaison par la mort de tous les cas de maladies contagieuses, avec indication des détails essentiels que comporte la nature de chaque cas.

A chaque escale ou relâche, il consigne sur son registre la date de l'arrivée et celle du départ, ainsi que les renseignements qu'il a pu recueillir sur l'état de la santé publique dans le port et ses environs.

Il inscrit sur le même registre les mesures prises pour l'isolement des malades, la désinfection des déjections, la destruction ou la purification des hardes, du linge et des objets de literie, la désinfection des logements; il indique la nature, les doses, le mode d'emploi des substances désinfectantes et la date de chaque opération.

Art. 24. — Le médecin sanitaire maritime est tenu, à l'arrivée dans un port français, de communiquer son registre à l'autorité sanitaire, qui ne statue qu'après en avoir pris connaissance.

Il répond à l'interrogatoire de celle-ci et lui fournit de vive voix, ou par écrit si elle l'exige, tous les renseignements qu'elle demande.

Art. 25. — Les déclarations du médecin sanitaire maritime sont faites sous la foi du serment.

Le délit de fausse déclaration est poursuivi conformément aux lois.

Art. 26. — Le médecin sanitaire maritime fait parvenir au moins chaque année au ministre de l'intérieur un rapport relatant les observations de toute nature qu'il a pu recueillir au cours de ses voyages sur les questions intéressant le service sanitaire, l'étiologie et la prophylaxie des épidémies.

Les rapports des médecins sanitaires maritimes sont soumis au comité consultatif d'hygiène publique de France. Ils peuvent donner lieu à l'attribution de récompenses honorifiques décernées par le ministre de l'intérieur et publiées au *Journal officiel* de la République française.

Art. 27. — En cas d'infraction aux règlements sanitaires ou de non-exécution des devoirs résultant de ses fonctions, une décision ministérielle, prise sur l'avis du comité de direction des services de l'hygiène, l'intéressé entendu, peut rayer un médecin sanitaire, à titre temporaire ou définitif, du tableau dressé en vertu de l'article 16.

NOTES POUR L'INTERNAT

OREILLONS

Définition.

Maladie générale, infectieuse, contagieuse, caractérisée par la tuméfaction de certaines glandes, principalement les glandes salivaires, et chez l'adulte, secondairement, du testicule.

Etiologie.

Causes prédisposantes.

Age.

Rarement au-dessous de 2 ans.

Maximum de fréquence, 5-15 ans, période scolaire.

Recrudescence à l'âge du service militaire.

S'observe même chez les vieillards.

Pas d'influence du sexe, de la saison et du climat.

Une première atteinte donne l'*immunité*.

Causes déterminantes.

Contagion certaine : mais conditions mal connues (le contact paraît nécessaire, M. Rendu a montré que le contage se fait très bien pendant la période d'incubation).

Epidémies : à marche lente et généralement dans un territoire limité, école. caserne ; les cas isolés sont très rares.

Bactériologie : le microbe n'est pas encore nettement déterminé.

Capitan et Charrin (1881) ont trouvé dans le sang des bâtonnets et des microcoques animés de mouvements, mais ceux-ci n'ont pas été pathogènes pour des animaux.

Bouchard (1883), dans un cas grave, a constaté, dans la salive et l'urine albumineuse des bâtonnets en grand nombre.

Boinet, Bordas ont retrouvé les bacilles décrits par Capitan et Charrin.

Bordas pense que le contage se fait par la salive.

Anatomie pathologique.

Mal connue également.

Virchow admettait une parotidite; les canaux de la glande sont atteints comme dans les parotidites symptomatiques des maladies infectieuses, mais le catarrhe serait simple et n'aboutirait pas à la suppuration.

Jacot, dans une autopsie d'oreillons compliqués d'œdème de la glotte, a décrit, avec Ranvier, des glandes peu augmentées mais enveloppées de sérosité verdâtre gélatineuse; il n'y avait pas de prolifération cellulaire et l'épithélium était intact.

Cependant les glandes doivent participer à la lésion, car le tissu conjonctif par lui-même ne peut être atteint en un seul point, et les autres localisations glandulaires font supposer une altération des tissus épithéliaux des glandes.

Testicule : non observé en état d'orchite mais son atrophie consécutive montre une persistance des tubes séminifères atrophiés et grêles; leur tunique externe est épaissie, ils sont transformés en cordons pleins, il n'y a pas de prolifération conjonctivo-intercanaliculaire.

Symptômes.

Incubation.

20 à 22 jours pour Rilliet et Barthez ; au maximum **26**; **8 à 15** pour d'autres auteurs.

Prodromes.

Fréquents chez les enfants, mais inaperçus en général, fièvre, courbature, céphalalgie, vomissements, diarrhée (durée, 12 à 36 heures), nuls chez les jeunes soldats.

Période de tuméfaction.

1° Douleur.

Premier symptôme. Sourde gravative. *Siège* dans région parotidienne et plus exactement au voisinage de l'orifice du conduit auditif externe avec irradiation dans l'oreille et trois points maxima : articulation temporo-maxillaire, sous l'apophyse mastoïde et sous-maxillaire.

Spontanée, continue mais rarement lancinante, ce qui distingue de parotidite suppurée.

Provoquée, exaspérée par pression et surtout mouvements des mâchoires qui deviennent impossibles.

Peu vive chez l'enfant, presque nulle.

Forte chez l'adulte, elle peut empêcher sommeil.

2° Tuméfaction.

Symptômes caractéristiques.

Peau : Généralement coloration normale mais luisante et tendue, quelquefois coloration rose diffuse, reparaissant rapidement après pression, rarement teinte érysipélateuse.

Consistance : Résistance élastique, ne gardant pas empreinte du doigt, mal limitée.

Trois degrés (Rilliet et Barthez) :

Premier degré : *Forme légère :*

Tumeur limitée, sillon retro-nasal, simple boursoufflure qui ne déforme pas les traits.

Deuxième degré : *Forme moyenne* (la plus commune) :

Véritable fluxion mais limitée à la région sus- et sous-maxillaire. Pavillon de l'oreille soulevé et un peu déjeté.

Troisième degré : *Forme extrême* (rare), jeunes gens et adolescents :

Masse arrondie, saillante, dépassant les limites des régions parotidienne et sous-maxillaire et gagnant cou et partie supérieure du thorax, simulant l'engorgement dans les angines infectieuses et toxiques (diphtérie, scarlatine).

Marche : Très variable.

Cas légers : Augmente pendant 5 à 6 jours, puis diminue rapidement, pas de trace au 7e ou 8e jour.

Cas intenses : 2 à 3 semaines.

Presque toujours *bilatéral*, mais alors le 2e côté est pris de 1 à 2 jours, et même plus, après le premier.

En outre, il est moins pris.

3° État de la muqueuse et des conduits d'excrétion.

Le plus souvent, à part un peu de blancheur de la langue, pas de signes de ce côté.

Quand fièvre intense, muqueuse un peu desséchée.

Chez les alcooliques, les fumeurs surtout, la gorge est complètement gonflée.

On a signalé dans quelques cas :

Rougeur érythémateuse de la gorge, de face interne des joues.

Stomatite avec dépouillement de l'épithélium.

Sécheresse extrême.

Angine pharyngée et tonsillaire intense

Gonflement de l'orifice du conduit de Stenon avec induration du canal.

4° Phénomènes généraux.

Varient suivant l'intensité de la maladie :

a) La fièvre ourlienne à localisation salivaire simple sans complication, comme chez enfant, n'a pas de réaction générale, l'enfant continue à manger, sortir et jouer.

b) Plus souvent état saburral, vomissements et surtout épistaxis. Fièvre moyenne et courbature pendant un ou deux jours ; 38°5, 39°.

c). Dans quelques cas, allure et gravité d'un état typhoïde, fièvre intense (40° et plus) ; agitation, délire adynamie, selles involontaires.

5° Marche et Formes.

Chez enfant : Guérison en quatre à huit jours, dix jours à trois semaines si deux côtés pris successivement à intervalles.

Phénomènes critiques signalés : Transpiration au niveau de la parotide, puis généralisée ; diurèse, diarrhée, vomissements bilieux.

C'est la forme simple à localisation salivaire pure.

Chez adulte : Peut aussi se terminer simplement en laissant fatigue et anémie.

Plus souvent à localisation testiculaire ou orchite ourlienne.

6° Orchite ourlienne :

Le testicule est très rarement pris avant 14 ans.

Epoque d'apparition : Presque toujours du 6e au 8e jour, avec recrudescence fébrile, parfois à la période d'accroissement de la tuméfaction parotidienne ou à sa période de diminution, ou avant tout autre symptôme, parfois même sans autre orchite ourlienne sans parotidite.

Les testicules peuvent être pris l'un après l'autre.

Symptômes : Retour de fièvre généralement sans frissons.

Parfois symptômes inquiétants.

a) Collapsus, anxiété, pouls petit, extrémités froides, température centrale élevée, mais après 24 heures, orchite apparaît et les symptômes s'apaisent.

b) Symptômes typhoïdes adynamiques, fièvre intense, délire, carphologie, vomissements, épistaxis, diarrhée.

Inflammation : Surtout sur le testicule, très peu sur l'épididyme.

Orchite : Le plus souvent simple (une orchite double sur huit).

Douleur : Très variable, tantôt faible, tantôt intense avec irradiations.

Peau : Tendue, gonflée, augmentée de volume.

Testicule : Reste lisse et arrondi. Pas d'épanchement dans vaginales.

Marche : Acmé en 3 ou 4 jours, période d'état pendant 2 à 5 jours ; puis diminution rapide.

Symptômes généraux : État général s'améliore dès qu'orchite est apparue, mais fièvre persiste très élevée, 40 à 41°, puis tombe brusquement ou par lysis.

Atrophie consécutive : Très fréquente, devient manifeste après 1 ou 2 mois. Si elle est double chez un jeune homme, provoque le féminisme par la suite.

Accidents.

Complications infectieuses rares : endocardite, manifestations articulaires, méningite cérébro-spinale, néphrite albumineuse avec anasarque ; l'œdème de la glotte a donné quelques cas de mort.

Complications suppuratives très rares également :

Suppuration de la glande, des ganglions voisins ou de l'oreille moyenne.

A signaler, enfin, des troubles visuels (Hatry), par congestion de la papille et des cas de surdité consécutive, sans signes otoscopiques attribués à des hémorrhagies ou à une inflammation exsudative.

Diagnostic.

A la période prodromique, il est presque impossible (on croit à un embarras gastrique fébrile, au début d'un fièvre éruptive, etc.).

1° Forme normale (tuméfaction parotidienne régulière sans induration, ni fluctuation), diagnostic avec :

Adénopathie préauriculaire : Le siège est le même, mais elle est plus superficielle et fait une saillie accuminée ou arrondie ; on distingue la forme d'un ou plusieurs ganglions ; enfin, la lésion est unilatérale.

Adénopathie rétro-maxillaire : Siège différent, angine concomitante.

Parotidite : Presque toujours unilatérale, elle ne se déplace, en tout cas, pas d'un côté à l'autre, l'inflammation est dure et douloureuse ; elle aboutit à la suppuration ou à la gangrène et succède à une maladie infectieuse.

Inflammation parotidienne dans le saturnisme ou l'iodisme, ne s'accompagne pas de phénomènes généraux ; en outre, elle est, en général, chronique dans le saturnisme et de courte durée dans l'iodisme.

2° Formes irrégulières ou frustes : Diagnostic :

Des oreillons sous-maxillaires avec adénite sons-maxillaire d'après la marche (résolution rapide dans les oreillons), le siège, la mollesse de la tuméfaction et la symétrie de la lésion.

Des oreillons des glandes sublinguales (cas très rares) avec la grenouillette aiguë ou l'angine de Ludwig.

De l'orchite primitive des oreillons avec épididymite blennorrhagique (c'est le testicule et non l'épididyme qui est le plus atteint) et avec les orchites des maladies infectieuses, fièvre typhoïde, variole, etc., qui ont une cause différente et suppurent souvent.

Traitement.

Repos, liniments calmants dans formes simples. Orchite : rien à faire. Si oreillon paraît suppurer, ne pas se hâter d'inciser car la fluctuation peut être simulée.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 8 22 Février 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**
Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite.)

HERPÈS BUCCAL RÉCIDIVANT

La troisième localisation de l'herpès récidivant qu'il nous reste à décrire est constituée par l'herpès buccal, lequel, en raison de sa prédominance excessive sur la langue, pourrait être tout aussi bien dénommé herpès récidivant lingual.

Sans avoir une fréquence comparable à celle de l'herpès génital, elle ne laisse pas cependant d'être encore assez commune. Seulement c'est encore une de ces petites affections qu'on ne voit guère à l'hôpital. C'est dans la clientèle de ville exclusivement qu'on fait connaissance avec lui, et qu'on peut l'étudier dans sa longue, très longue évolution.

Il n'est pas d'exagération à dire qu'il constitue le digne pendant de l'herpès génital récidivant. Comme ce dernier, en effet, c'est un herpès ; comme lui, c'est un herpès à récidives multiples, devenant un ennui, un véritable cauchemar pour les malades. Comme lui, c'est une affection éminemment rebelle et d'une longévité désespérante.

Il ne s'en rapproche pas moins par l'obscurité de son étiologie. Les causes efficientes, vraies, celles qu'il serait le plus intéressant de connaître, nous les ignorons absolument.

Ce que nous en savons, au point de vue étiologique, se borne à la notion de quelques causes prédisposantes ou indirectes, l'une d'elles d'importance majeure cependant.

Ainsi, de même que l'herpès génital, il affecte presque exclusivement les jeunes gens. Comme lui, il semble trouver une prédisposition dans le tempérament arthritique.

Il sévit sur l'homme et respecte le sexe féminin. Tout au moins, ne l'avons-nous encore observé que très rarement chez la femme.

Mais voici qui est bien autrement curieux. Il trouve certainement une cause d'appel dans une affection spéciale, à savoir, la syphilis. On peut dire que, dix-neuf fois sur vingt, cet herpès est en connexion avec la syphilis, et cela, toujours dans les mêmes conditions qu'il importe de préciser. Presque invariablement, c'est au cours, ou à la suite de l'étape secondaire qu'il commence à apparaître, pour continuer au delà sa longue carrière ; c'est-à-dire qu'on l'observe sur des sujets en puissance de syphilis depuis 1, 2, 3, 4 ans, conséquemment à l'époque ou peu après l'époque où les syphilides buccales secondaires accomplissent ou viennent de terminer leur évolution. Plus généralement encore il leur succède, il les remplace. C'est donc, en quelque sorte, ce qu'on pourrait appeler un accident métasyphilitique.

Est-ce l'irritation buccale, conséquence des syphilides secondaires de la région, qui seule lui sert d'invite et de provocation ?

Ou bien est-il sollicité, appelé sur la bouche par d'autres irritations connexes, telles que l'irritation mercurielle et le tabac ?

Ou bien encore obéit-il à l'ensemble de ces diverses causes provocatrices ? C'est là ce qui ne saurait encore être déterminé.

Toujours est-il que la scène, telle qu'elle se produit presque invariablement, est la suivante :

Un jeune homme a contracté la syphilis. Du fait de cette syphilis, il a éprouvé divers accidents et notamment des accidents buccaux qui se sont d'autant plus répétés que c'est un fumeur. On l'a traité par le mercure longuement, assidûment : tout a cédé, il n'est plus question de rien, la

syphilis paraît éteinte. Puis voici que tout à coup des érosions apparaissent sur la bouche, sur la langue notamment. Ces érosions (que généralement on ne manque jamais de prendre pour des plaques muqueuses), on s'empresse de les cautériser, de les combattre par quelques topiques, en même temps que par un nouveau traitement mercuriel. Huit jours plus tard, c'en est fait de ces érosions qui ont disparu.

Puis, quelques semaines plus tard, invasion nouvelle d'érosions, tout à fait semblables aux premières, et de caractère et de siège. Nouveau traitement, même guérison rapide.

Puis, quelques semaines, ou quelques mois plus tard, mêmes accidents. Et ainsi de suite, comme pour l'herpès génital récidivant.

Cela se continue pendant des mois et des années en dépit de tous les traitements locaux ou généraux, en dépit notamment, et peut-être même en raison des traitements mercuriels que l'on se croit obligé de prodiguer contre des récidives d'accidents toujours et à tort considérés comme spécifiques.

Tel est en abrégé la scène qui reproduit exactement à la bouche ce que nous avons vu l'espèce précédente produire à la verge, et qui réalise, au total, un véritable herpès récidivant buccal.

Cet herpès peut occuper tous les départements de la bouche, mais il a, dans la bouche, un siège par excellence qu'il affecte seul au moins dix-neuf fois sur vingt. C'est la langue.

Et, sur la langue, il a aussi ses districts préférés. Le plus souvent il siège le long des bords latéraux de cet organe.

En dehors de la langue, et le plus souvent en coïncidence, il se porte le plus souvent sur les lèvres et les joues.

Les caractères objectifs ne sont autres que ceux d'une éruption herpétique des muqueuses. Mais ici les détails, voire les détails minutieux, sont nécessaires, car, on conçoit facilement qu'il soit d'un grand intérêt de différencier objectivement l'herpès buccal de la lésion qui est le mieux faite pour le simuler, à savoir : la syphilide buccale érosive.

L'herpès lingual peut se présenter à l'observation sous trois aspects différents, qui ne sont que des aspects d'âge divers, à savoir :

Sous celui d'une simple tache grisâtre, opaline, lactescente, laiteuse presque;

Sous celui d'une érosion encadrée d'une collerette blanchâtre;

Sous celui d'une érosion pure et simple.

Dans son premier âge, l'herpès lingual n'est que ceci : une tache sur la langue : une toute petite tache mesurant l'aire d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'un pépin de poire, au maximum d'un pépin d'orange.

Cette tache, qui fait à peine une saillie inappréciable sur le derme muqueux, est grisâtre, opaline, lactescente, laiteuse quelquefois; on dirait qu'à ce niveau la langue a été recouverte d'un enduit de collodion; on dirait (et ceci est la vérité anatomique) que l'épithélium en voie de décollement et déjà macéré par la salive, ne forme plus, à la surface de l'organe qu'un revêtement pseudo-membraneux près de se rompre et de se détacher.

Puis, en effet, cet épithélium mort se désagrège, se détruit du centre à la circonférence de la lésion, et tombe en laissant à nu la surface du derme.

Si bien qu'à un moment donné, alors que des lambeaux d'épithélium restent encore adhérents à la circonférence de la plaque, la lésion apparaît sous forme d'une érosion encadrée par une collerette blanchâtre, laquelle est formée précisément par le liséré d'épithélium non encore détaché.

Cette collerette, cela va sans dire, peut être complète ou incomplète; vient un moment où elle n'est plus constituée que de petits débris presque insignifiants, lesquels, comme nous le verrons, n'en ont pas moins une signification séméiologique que le diagnostic exploite avec profit.

Enfin, dans son dernier stade (et c'est le plus souvent, presque toujours même à cette époque qu'on a l'occasion d'examiner les malades), la lésion ne se présente plus que sous l'aspect d'une érosion pure et simple.

C'est une érosion du derme muqueux, c'est l'érosion herpétique telle que nous l'avons précédemment décrite avec son caractère d'érosion :

Petite, miliaire.

Superficielle, plate.

Arrondie de contours quand elle est isolée.

Sinueuse, irrégulière, polycyclique et microcyclique quand elle résulte de plusieurs érosions voisines qui se sont confondues.

Tel est l'herpès lingual en tant que symptômes objectifs. Voyons maintenant quels sont les troubles fonctionnels qu'il comporte.

L'apparition de l'herpès est précédée chez quelques sujets de certains élancements, d'une certaine ardeur locale. Ces symptômes prémonitoires ne trompent pas certains malades, qui, coutumiers du fait, présagent l'invasion imminente d'un herpès rien qu'à ces légers avertissements. En tout cas, une fois constitué à l'état d'érosion, l'herpès devient sensible, douloureux.

Il « fait souffrir », disent les malades, et plus qu'une simple plaque muqueuse. Il endolorit la langue; il gêne plus encore pour mastiquer. Le contact de certains aliments acides, du vin, de l'alcool, de la fumée de tabac est particulièrement douloureux.

Mais, soumise à une médication topique des plus simples, légèrement touchée au nitrate d'argent, la lésion ne tarde pas à se modifier, puis se répare et se cicatrise. Même abandonnée à elle-même, elle aboutit à guérir, quoique un peu plus tardivement.

La lésion guérie, tout est fini, tout rentre dans l'ordre.

Quelques semaines se passent ainsi en parfait état. Puis survient une explosion nouvelle qui reproduit les mêmes lésions sur le même siège, avec le même aspect, les mêmes symptômes et pour la même durée. Puis, à intervalles variables de 15 jours à 2, 3, 4 mois, se fait une explosion nouvelle. Et ainsi de suite pour une durée qu'il serait impossible de préciser, mais qui, d'après nos propres observations, peut ne pas être inférieure à 2, 3 et 4 ans.

Il ne faudrait pas se méprendre sur l'intérêt et l'importance pratiques de la lésion que nous venons de décrire. Certes, ce serait une grave erreur que de la juger une pe-

tite maladie, un mal insignifiant et peu digne de l'attention générale.

D'abord, c'est une maladie qui exerce sur le moral la même réaction que l'herpès génital récidivant, en raison de ses perpétuelles récidives, qui semblent aux yeux des malades attester un vice humoral permanent, incurable. Puis, chez les syphilitiques (qui constituent son terrain de prédilection), ne prend-elle pas une importance énorme ?

Certes, la confusion est plus que facile entre l'herpès récidivant buccal et la syphilis érosive de la même région. La preuve en est qu'elle a été commise jusqu'à nos jours et que personne jusqu'à ces dernières années, n'avait institué, de l'une à l'autre de ces deux affections, un diagnostic différentiel. Combien grosse de conséquences peut être alors pareille erreur commise à propos de l'herpès récidivant buccal chez un sujet syphilitique !

D'abord le malade éprouve une cruelle appréhension du fait de sa vérole qu'il ne voit pas s'améliorer et dont il désespère d'obtenir la guérison.

Le médecin lui-même, induit en erreur, entretient chez son client l'idée d'une vérole tenace, rebelle au traitement. Il redoute les complications graves d'une syphilis dont les manifestations lui paraissent actives, voire menaçantes, et il reprend le traitement spécifique à chaque récidive, en le rendant de plus en plus intensif. Il en résulte une véritable débauche de mercure, un traitement à outrance qu'on prolongera, qu'on intensifiera d'autant plus qu'il se montre moins actif.

Et si ce malade vient consulter pour l'opportunité d'un mariage, que lui répondra-t-on? Laissera-t-on se marier un sujet qui, bien qu'indemne de vieille date de tout autre accident, présente encore à la bouche des lésions que l'on jugera syphilitiques et contagieuses ?

Tandis que toutes ces erreurs, toutes ces fautes essentiellement préjudiciables aux malades seront évitées si nous connaissons l'herpès buccal et si nous savons lui imputer ce qui lui est imputable.

Avec les notions d'herpès récidivant buccal, pas de mercure inutilement donné, pas d'interdiction illégitime du mariage, etc.

Tout le problème pratique, en ce qui touche le praticien, se résume donc en ceci : différencier des syphilides érosives buccales l'herpès récidivant buccal. C'est là un diagnostic qui méritera d'être étudié en détail.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Interprétation et pathogénie des tumeurs dites adénomes.

Une courte revue des adénomes étudiés dans les différents organes, où ils ont été décrits laisse évidemment cette impression que cette classe de tumeurs a primitivement englobé des productions très différentes qu'on a peu à peu différenciées, puis mises à part au point de réduire à un très petit nombre les cas dignes d'y figurer encore.

Dans la peau les vrais adénomes, les sébacés ou sudoripares, demeurent des faits exceptionnels et peut-être sont-ils destinés à disparaître. Dans les grosses glandes, je ne trouvais déjà dans l'article « tumeurs » du *Traité de chirurgie*, comme méritant le nom d'adénomes, que les tumeurs goitreuses du corps thyroïde; j'acceptais l'interprétation de Wolfler ; il est possible qu'il faille en rabattre. En 1892, Jaboulay (1), ensemençant des fragments de goitre, obtient des cultures de staphylocoques ; se basant d'autre part sur le développement du corps thyroïde à la suite des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, influenza, angines répétées, sur les excellents résultats des injections antiseptiques, telles que l'iode, l'éther iodoformé, etc., puis sur la persistance possible chez un certain nombre d'individus, du canal qui chez l'embryon fait communiquer la cavité buccale avec le thyroïde, Jaboulay en conclut que le goitre était d'origine infectieuse. Ces idées ont été reprises dans la thèse de Rivière (2). Continuant les recherches de Jaboulay, Rivière a soumis 15 cas de goitre à l'examen bactériologique ; or, 12 fois, il a rencontré du staphylocoque doré ou blanc, 1 fois un strepto-bacille, 1 fois un staphylocoque cereus albus de Passet, 1 fois un coccus indéterminé ; il est important de noter que les tumeurs dont on s'est servi pour faire les inoculations étaient bien des goitres et non des thyroïdites.

Ces recherches sont à coup sûr très intéressantes ; elles n'entraînent pas cependant la conviction d'une manière absolue : il ne suffit pas de trouver des micro-organismes dans une néoformation pour être en droit d'affirmer que cette dernière en a été la conséquence. Nous savons que les néoplasmes s'infectent secondairement aussi bien que les tissus normaux ; rien ne prouve donc que les staphylocoques rencontrés par Jaboulay et Rivière n'aient pas été postérieurs à la formation du goitre et n'y aient pas été consécutivement amenés. Toute incertitude disparaîtrait si, au moyen d'inoculations faites aux animaux, on était capable de provoquer la formation d'un goitre ; or, les auteurs précédents ont toujours échoué dans leurs tentatives, alors que pourtant ils s'adressaient à des animaux tels que le chien et le mulet, qui sont susceptibles d'être atteints spontanément d'hypertrophie thyroïdienne.

C'est cette théorie de l'inflammation comme origine des adénomes que M. Delbet (3) a généralisée, en traitant plus spécialement de l'étude des adénoïdes du sein. Voici quelle est sa conception des adénomes du sein : L'inflammation chronique a le pouvoir de provoquer dans la mamelle la formation d'acini et celle de nodules fibreux : la prédominance de l'un des deux processus détermine la morphologie fibromateuse ou acineuse ; dans les formes diffuses, la prédominance acineuse aboutit à la *maladie kystique* de la mamelle (dite de Reclus), la prédominance de l'élément fibreux aboutit à la *maladie noueuse* de Tillaux. L'auteur ajoute qu'il a constamment trouvé dans le liquide des kystes du staphylocoque blanc (4). De même, Gandier et Surmont (5), observant un cas de maladie noueuse, ont obtenu, par la pression des conduits galactophores, un liquide séro-purulent qui renfermait du *staphylococcus albus*.

M. Delbet prévoit bien qu'on lui objectera qu'il a eu affaire à des mammites chroniques et non à de véritables néoplasmes ; malheureusement il ne nous donne aucune preuve convaincante du contraire. Il est bien évident aujourd'hui que certaines altérations du sein rangées parmi les tumeurs doivent en être distraites et être rattachées au chapitre des inflammations ; tels sont en par-

(1) Rivière et Jaboulay, *Bulletin de la Société des sciences médicales de Lyon*, février 1892.

(2) Thèse de Lyon, 1892-1893, n° 814.

(3) *Traité de chirurgie clinique*, tome I.

(4) En collaboration avec Longuet.

(5) *Bulletin de la Société de biologie*, 2 février 1895.

ticulier, je ne dirai pas tous les cas de maladies kystiques de la mamelle, mais bon nombre d'entre eux. A ce point de vue, j'ai précédé M. Delbet de cinq ans, car, dès 1888 (1) (le mémoire de Delbet dans les *Bulletins de la Société anatomique* n'est que de 1893), j'éliminai du cadre des tumeurs certains faits dits « maladies kystiques de la mamelle » pour les rattacher aux inflammations, les appelant *scléroses épithéliales* ou *cirrhoses épithéliales* du sein pour avertir « qu'un processus irritatif s'est produit dans le tissu conjonctif au contact même des acini » et que « l'irritation épithéliale est le fait capital et primitif ». Je démontrais donc que l'inflammation est susceptible de donner naissance à de fausses tumeurs du sein ; j'ai, de mon côté, rencontré des nodosités kystiques ou fibreuses circonscrites, qu'on était en droit de regarder comme de nature inflammatoire. J'ai enlevé en 1894 un adénoïde, dans les kystes duquel M. Lesage découvrit du pneumocoque ; or, la malade avait eu, quelques mois auparavant, une grave atteinte d'influenza. On sait d'ailleurs, depuis les travaux de Nocard, que certains noyaux de mammite chronique chez les vaches laitières sont le résultat de l'inoculation de la mamelle par un microbe pathogène. Tous ces exemples ne prouvent qu'une chose : c'est que certaines productions simulant la tumeur sont de nature inflammatoire ; ils ne prouvent pas que tous les adénoïdes soient de même ; alors même que vous pourriez démontrer que les véritables adénoïdes renferment du staphylocoque, cela n'entraînerait pas la conviction, car ce staphylocoque se rencontre très fréquemment dans le lait de femme, même quand les mamelles sont absolument saines (2). Je conclus que la preuve expérimentale du développement des adénoïdes par le staphylocoque blanc n'étant pas jusqu'ici apportée, l'opinion de Delbet n'est qu'une hypothèse généralisant sans preuves pour tous les adénomes mammaires ce que d'autres et moi en particulier nous soutenons pour un petit nombre de productions que nous avons précisément distraites des tumeurs.

Je pense que le terme d'adénomes devra peu à peu disparaître de la nosologie comme celui de papillome, car il ne désigne, comme ce dernier, qu'une forme, qu'un arrangement spécial des éléments, et non une structure spécifique ; il rassemble côte à côte des produits nettement inflammatoires, des épithéliomes typiques, des tumeurs conjonctives à retentissement épithélial, et peut-être des tumeurs complexes ; il en résulte, qu'appliquant un même mot à des productions qui n'ont de commun que la morphologie initiale, on arrive à des divergences comme celles qui se sont produites pour l'interprétation de la maladie kystique de la mamelle.

Le même raisonnement serait applicable aux « adénomes à cellules cylindriques ». Un certain nombre, comme ceux qu'on observe dans les gastrites, les endométrites, etc., sont manifestement de nature inflammatoire ; d'autres sont de véritables néoplasmes, ou des malformations congénitales ; de l'analogie, ou même de l'identité apparente de structure, vous ne pouvez conclure à l'identité de nature, car aussi bien certaines coupes d'adénomes types du rectum pris chez les enfants sont superposables à des coupes d'épithéliomes cylindriques des plus malins, et vous aboutiriez à soutenir que le cancer du rectum n'est qu'une lésion inflammatoire !

(1) Société de chirurgie, 1888. Séance du 22 février.

(2) Charrin (Société de biologie, 1893) a pu cultiver du lait fourni par 41 nourrices de la Maternité, vigoureuses et bien portantes, et dont les enfants étaient en parfaite santé ; or, 27 fois les cultures ont donné abondamment des *staphylococcus albus* à l'exclusion de tout autre microbe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février. — Présidence de M. Monod.

A propos de la lecture du procès-verbal, **M. Kirmisson** remet l'observation du petit malade qu'il a présenté à la dernière séance de la Société. (Voir *Gazette Médicale* du 15 février 1896.)

Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. (*Fin de la discussion.*)

M. Segond. — Avant que M. Picqué nous résume la discussion que son rapport sur le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine a soulevée au sein de la Société de Chirurgie, je lui demanderai de vouloir bien faire la rectification suivante :

M. Picqué, en parlant de l'observation VI de M. Pinard, observation dans laquelle il s'agissait d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine, presque arrivée à terme, et qui s'est terminée par la mort de la mère, M. Picqué, dis-je, a attribué la mort de cette femme au retard que l'on aurait apporté dans l'opération et à l'ablation incomplète du sac fœtal. C'est là une accusation que M. Picqué ne manquera pas de retirer quand il saura que, si l'on n'a pas opéré plus tôt, c'est parce que l'opération a d'abord été refusée et non parce qu'on l'a différée, quand il saura, d'autre part, que l'ablation du sac était matériellement impossible, à cause de ses adhérences aux anses intestinales. Ce dernier fait résulte des constatations faites à l'autopsie.

M. Picqué. — Je prie M. Segond de ne pas taxer d'accusation ce que j'ai pu dire par notion insuffisante d'un fait. Je vais, maintenant, donner le résumé des opinions qui ont été émises au cours de la discussion, les comparer aux miennes et tirer des conclusions.

M. Segond nous a donné un plan de la question de la grossesse extra-utérine qui diffère peu de celui que j'avais proposé dans mon rapport. Moi aussi, j'ai envisagé la grossesse extra-utérine avant et après le cinquième mois ; tout ce que j'ai dit reposait sur cette division. Il est évident, de plus, que les cas de grossesses extra-utérines avant le cinquième mois sont du ressort des chirurgiens, tandis que, après le cinquième mois, la grossesse extra-utérine est davantage le fait de l'accoucheur ou du médecin, selon qu'il existe ou qu'il n'existe pas de complications. Sur ce point de la question, je suis d'accord avec M. Segond.

Je ne le suis plus quand il s'agit de classer les cas où ces grossesses suppurent. Contrairement, donc, à MM. Tuffier et Segond, je ne puis pas admettre que ces suppurations soient distraites du chapitre des suppurations pelviennes.

J'admets que les seules complications dont nous devions ici nous occuper sont les hématocèles enkystées et les inondations du péritoine par le sang.

Je n'avais, pour ainsi dire, pas traité, dans mon rapport, du diagnostic de la grossesse extra-utérine. Mes collègues qui ont pris part à la discussion ont abordé cette question. Comme M. Lucas-Championnière, il importe, tout d'abord, de se demander si ce diagnostic est possible. Or, M. Lucas-Championnière a très bien fait de nous rappeler les difficultés de ce diagnostic, qui est, le plus souvent, insoluble. Cependant, MM. Tuffier, Reynier, Routier, Schwartz sont venus nous dire sur quels symptômes on pouvait élever de sérieuses suppositions en faveur du diagnostic.

J'approuve leurs conclusions et je ne veux pas les répéter.

Mais je viens de nouveau me ranger sous la bannière de M. Segond et, comme lui, je dirai que je me préoccupe, en fait de diagnostic, moins du diagnostic de l'étiquette que du diagnostic de l'intervention.

On a dit que l'inondation péritonéale par le sang survenait surtout après le cinquième mois ; je rappelle, en passant, que mon

maître, M. Pozzi, a vu des cas semblables se produire avant le cinquième mois. M. Tuffier a eu raison d'insister sur la difficulté du diagnostic de cette complication. Mais, peu importe, je le répète, ce diagnostic. On pense qu'il faut intervenir, cela suffit. Il faut donc agir et agir vite. Tout le salut est là.

C'est donc, de préférence, sur le traitement de la grossesse extra-utérine que mon rapport avait porté. J'ai dit qu'il fallait traiter la grossesse extra-utérine, avant le cinquième mois, comme une tumeur maligne. Je me félicite d'avoir vu mon opinion partagée par la totalité des membres de la Société. J'ai dit que, quand il s'agissait de grossesse extra-utérine après le cinquième mois, il fallait faire la laparotomie aussitôt que le diagnostic de nécessité opératoire avait été porté. Ici encore, pas de discussion. Mais les avis commencent à se partager quand se présente le traitement des complications de la grossesse extra-utérine. S'agit-il d'une hématocèle non enkystée du péritoine, on fait la laparotomie. C'est une affaire entendue. MM. Terrier, Reynier, Ricard ont démontré la nécessité de cette opération. S'agit-il, au contraire, d'une hématocèle enkystée? C'est alors qu'on ne s'entend plus. MM. Bouilly, Segond, Routier, Tuffier, Schwartz se sont contentés de faire la colpotomie et leurs nombreux succès sont bien faits pour démontrer l'efficacité d'une pareille thérapeutique que j'ai moi-même défendue dans mon rapport. Mais c'est là une opération à laquelle M. Reynier doit de graves insuccès. Il ne veut plus la faire et lui préfère, de beaucoup, la laparotomie. De même, M. Terrier traite l'hématocèle par la laparotomie. Il nous a donné les raisons de sa conduite. (Voir *Gazette Médicale* du 8 février 1896.)

Je m'incline devant son expérience, mais je ne puis cependant pas m'empêcher d'avoir foi dans les résultats merveilleux donnés par l'incision vaginale à la plupart de mes collègues et à moi-même.

Je me résumerai, enfin, en disant que la laparotomie et l'incision vaginale sont les seules manières de traiter la grossesse extra-utérine et ses complications. Si j'ai parlé d'hystérectomie vaginale, c'était à titre d'exception. Je n'y reviens pas.

Taille hypogastrique pour calculs vésicaux.

M. Segond. — Je veux faire un court rapport sur trois observations envoyées à la Société par M. Barré (de Rouen).

Il s'agit de trois cas de calculs vésicaux, tous les trois traités par la taille hypogastrique avec un plein succès. Je ne puis que féliciter d'abord l'auteur de ces observations, mais je voudrais examiner devant vous si la taille était bien légitime dans les cas dont il s'agit.

La première observation de M. Barré a trait à un enfant de quatre ans et demi. L'auteur a choisi la taille hypogastrique parce que son malade était un enfant et que la taille est une opération facile et bénigne.

Dans la deuxième observation, l'auteur avait cru reconnaître, par l'explorateur, un calcul dur, sonore, sec, chez un homme de 40 ans, il a pensé que la lithotritie n'en aurait pas raison et il a d'emblée fait la taille suspubienne.

Chez le troisième malade, enfin, la lithotritie a été essayée après l'injection dans la vessie de 200 grammes de liquide, mais sans succès et ce n'est qu'ensuite que M. Barré a fait la taille.

Je ne voudrais pas ici discuter les indications comparatives de la taille et de la lithotritie dans le traitement des calculs vésicaux. C'est un sujet très long, très complexe, sur lequel on ne peut faire que des affirmations relatives, attendu qu'il faut, avant tout, tenir compte de l'habitude du chirurgien. Je dirai simplement que, à égalité d'indications de la part du malade, mieux vaut, pour un chirurgien, faire la taille que la lithotritie, à moins que ce chirurgien ne soit un spécialiste habitué à manier le lithotriteur. Je pense, aussi, que la taille vaut mieux que la lithotritie, toute raison d'habileté chirurgicale mise à part, quand la vessie et le rein du malade sont préalablement en état de moindre résistance.

Mais il me semble que M. Barré aurait très bien pu recourir à la lithotritie chez chacun de ses malades. Chez son enfant, il me paraît que la lithotritie valait tout autant que la taille. J'ai souvenir, pour avoir été l'élève de M. Guyon, d'avoir vu faire et d'avoir fait moi-même la lithotritie, chez des enfants, avec la plus grande facilité.

Dans le second cas, si M. Barré avait mis dans la vessie un lithotriteur au lieu d'un simple explorateur, il aurait pu, du même coup, broyer le calcul qu'il avait considéré, sans autre examen, comme trop dur pour la lithotritie.

Il eût enfin suffi, peut-être, d'injecter dans la vessie du troisième malade, non pas 200 gr., mais seulement 80 gr. de liquide pour permettre à l'instrument d'enserrer le calcul que M. Barré n'a pu saisir.

Autre objection : M. Barré a-t-il eu raison, ainsi qu'on le voit dans ses observations, de créer une fistule vésicale externe, laquelle s'est fermée longtemps après l'opération ? C'est là un retard qu'il aurait dû, me semble-t-il, éviter en recherchant la réunion de l'ouverture vésicale par première intention.

M. Lucas-Championnière. — Je crois que M. Segond est un peu trop sévère pour M. Barré. Il trouve que ceux qui ont une grande habitude de la lithotritie ont raison de la pratiquer le plus souvent possible. Mais les autres chirurgiens, et c'est la majorité, ont raison de s'en abstenir et de lui préférer la taille. Aussi j'approuve M. Barré d'avoir su faire une bonne taille là où il aurait pu faire une mauvaise lithotritie.

M. Félizet. — Je ne veux parler que des calculs vésicaux chez les enfants. Chez eux la taille a l'avantage de les débarrasser de leur calcul en une seule fois. La lithotritie présente, par contre, les quelques inconvénients que voici : l'urèthre a un diamètre vraiment petit et l'appareil est trop faible pour broyer parfaitement le calcul.

M. Segond. — Je me suis probablement insuffisamment exprimé, mais je pense exactement comme M. Lucas-Championnière. J'ai même dit que la taille était préférable à la lithotritie dans les cas où le rein et la vessie étaient en état de moindre résistance.

Procédé opératoire de désarticulation de la hanche pour sarcôme de la cuisse.

M. Quênu donne lecture d'un procédé opératoire de désarticulation de la hanche pour sarcôme de la cuisse.

Le malade de M. Quênu présentait un sarcôme de la cuisse développé dans le vaste externe. M. Quênu, après essais sur le cadavre, a opéré de la façon suivante : Incision de la peau tout le long du couturier, ouverture de la gaine des vaisseaux fémoraux dans toute sa longueur. Ligature des branches de la fémorale au fur et à mesure qu'elles se présentent. L'artère fémorale reste accolée au flanc interne de la tumeur. En dedans lambeau interne sain formé par la masse des adducteurs. La ligature des circonflexes et des perforantes a prévenu l'hémorrhagie d'origine ischiatique. L'hémostase a été parfaite, c'est là le but cherché.

M. Tuffier a fait récemment une opération de nécessité à peu près semblable, avec lambeau interne seulement ; il signale le point suivant : chez les sujets maigres, au moment où l'on taille la partie postérieure du lambeau, la compression bien faite de la portion terminale de l'aorte et de l'hypogastrique prévient, à elle seule, l'hémorrhagie. M. Tuffier, d'autre part, a fait la ligature de la fémorale comme dans le procédé classique de désarticulation de la hanche.

De la cholédocotomie.

M. Lejars donne lecture d'une observation d'ictère par rétention, d'origine lithiasique, qu'il a traité par la cholédocotomie. M. Lejars a tenté la réunion par première intention de

l'incision du cholédoque. Une fistule biliaire cutanée s'est créée dans la suite. Mais la malade a néanmoins vu disparaître son ictère ; les selles ont repris leur couleur normale.

Présentation de malades.

M. Broca présente un petit malade chez lequel il a pratiqué l'évidement complet de l'apophyse mastoïde. Il n'y a pas eu trace de paralysie faciale. D'ailleurs cet accident ne se montre que dans 3 0/0 des cas.

M. Quénu présente une femme atteinte d'éventration chez laquelle il a reconstitué la paroi abdominale en employant le procédé qu'il a décrit pour la cure radicale de la hernie ombilicale. (Voir *Gazette Médicale*, n° 11, 1893.)

Présentation de pièce.

M. Broca présente une invagination intestinale qu'il a opérée chez un enfant de cinq mois et demi. Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1896.

Contagion hospitalière de la tuberculose.

M. Jaccoud, à propos d'un traumatisme du thorax ayant déterminé une tuberculose pleurale localisée, sans autres lésions tuberculeuses au poumon ou ailleurs, dit être persuadé que près de la moitié des sujets morts d'une autre maladie que la la tuberculose, et n'en ayant jamais présenté trace appréciable pendant leur existence, possèdent des bacilles de Koch dans leurs ganglions médiastinaux, comme le prouve l'inoculation au cobaye. Aussi est-il difficile de montrer d'une façon certaine la contagion de la tuberculose par l'hôpital, puisque le malade peut fort bien avoir des bacilles dans l'organisme avant son entrée à l'hôpital.

Le formol dans la tuberculose pulmonaire.

M. Lancereaux présente un appareil de M. Hamel destiné à faire de faciles inhalations de formol. Le principe consiste à produire de l'acide carbonique dans un premier flacon, et de le faire barboter dans un deuxième au milieu d'une solution à 2 0/0 de formol. Ce second flacon est en communication avec un inhalateur en verre par un tube de caoutchouc, de sorte que le malade peut respirer de l'air saturé de formol.

Cet appareil aurait amendé les symptômes non seulement de la tuberculose pulmonaire, mais aussi de la dilatation des bronches et de la gangrène pulmonaire.

Immunisation par les médicaments.

M. Laborde. — De même que le curare immunise l'organisme contre la strychnine, comme je l'ai montré à la dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 15 février), et peut-être contre les injections de toxine tétanique, de même certains médicaments immunisent comme des toxines microbiennes. Ainsi M. Maurel a montré le fait pour le sulfate de quinine.

Je l'ai également vérifié pour les bromures. Le bromure guérit le cobaye d'une épilepsie déterminée par la section du sciatique et immunise les petits. J'ai même pu, chez une femme enceinte hystéro-épileptique, immuniser l'enfant, qui n'a pas été épileptique une fois mis au monde, en donnant à la femme du bromure pendant sa grossesse.

Action vaso-constrictive pulmonaire du grand sympathique.

M. François Franck. — Les nerfs vaso-moteurs pulmonaires se recherchent, comme les autres, en examinant les effets produits sur la pression en amont et en aval par l'excitation centrifuge des nerfs afférents.

En 1881, j'ai pu établir l'action vaso-constrictive pulmonaire du grand sympathique par l'existence d'une augmentation de pression dans l'artère pulmonaire contrastant avec une dépression dans l'oreillette gauche.

Le sympathique cervical ne contient pas de vaso-constricteur descendant du bulbe ou de la partie supérieure de la moelle. De même, le nerf vertébral n'en apporte pas de la partie inférieure de la moelle cervicale. Ils viennent tous de la moelle dorsale, surtout au niveau des deuxième et troisième nerfs dorsaux, pour cesser au-dessus des cinquième et sixième nerfs dorsaux.

L'exploration de la pression dans l'artère pulmonaire, dans l'oreillette gauche et dans l'aorte montre bien la vaso-constriction pulmonaire.

La vaso-constriction pulmonaire réflexe s'observe sous l'influence des excitations viscérales abdominales, et est aussi produite par l'excitation des nerfs de sensibilité générale, des nerfs sensibles de l'appareil respiratoire et des filets sensitifs de l'aorte.

Les vaisseaux du poumon se resserrent dans leur totalité sous l'influence des stimulations réflexes. Dans le système aortique, au contraire, la vaso-constriction alterne avec la vaso-dilatation d'une façon difficile à préciser exactement.

Le spasme réflexe des vaisseaux pulmonaires est la cause principale de la dilatation aiguë du cœur droit dans les affections douloureuses de l'abdomen ; mais en même temps que lui entrent en jeu des influences nerveuses cardio-inhibitoires.

Les irritations nasales provoquent aussi le spasme des vaisseaux pulmonaires et la bronchio-constriction, conditions principales de la production de l'asthme réflexe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février.

Du traitement de la tuberculose par la créosote.

M. Catrin. — Dès 1894, j'avais, dans un rapport sur les injections d'huile créosotée, invoqué mon peu d'expérience touchant ce médicament ; néanmoins, dans les quelques cas où je l'avais essayé, j'avais été peu satisfait et j'avais montré à mon collègue et ami Burlureaux deux malades qui n'avaient pu supporter des injections de 20 grammes d'huile créosotée au 1/15e.

A plusieurs reprises, à Lyon, j'avais, en outre, disais-je dans ce rapport, cru remarquer que la créosote à l'intérieur, quand on la donnait à des doses un peu élevées, provoquait des crachements de sang, et un de mes collègues de l'hôpital Desgenettes avait fait les mêmes remarques.

En 1894-1895, dans le rapport annuel que les médecins des hôpitaux militaires doivent présenter sur l'emploi des nouvelles méthodes thérapeutiques ou des nouveaux médicaments essayés dans leur service, j'ajoutai que « chez les tuberculeux dits au deuxième degré, c'est-à-dire lorsqu'il y a ramollissement, la créosote, loin d'atténuer leur état, l'aggravait presque toujours, allumait la fièvre si elle n'existait pas, ou l'exaspérait quand elle existait ; en un mot, avait une action plutôt aggravante que bienfaisante ».

Les abcès ne m'ont pas paru plus fréquents avec les injections créosotées qu'avec tout autre médicament, si le médecin les pratique lui-même. Mais chez les gens peu aisés qui doivent faire eux-mêmes ces injections, les abcès seront fréquents et j'ai vu, il y a un an ou deux, avec M. Burlureaux, un de ces malades, qui portait en même temps trois ou quatre abcès en voie d'évolution.

Encore faut-il ajouter que si l'injection est copieuse, il se produit sous la peau ce que M. Burlureaux appelle des *nappes*. Je

n'ai pas vu suppurer ces nappes, mais elles sont douloureuses et ne laissent pas que d'être inquiétantes.

Quant au premier champ d'expériences de M. Burlureaux, c'est-à-dire le service des détenus, il est, à mon sens, peu favorable aux essais thérapeutiques; on a là des malades prêts à tous les sports pour plaire au médecin traitant et, quand j'ai remplacé notre collègue dans ce service, les détenus se sont livrés à de véritables orgies d'huile de foie de morue, comme jadis de créosote.

J'ai d'ailleurs, avec l'huile de foie de morue, précieux médicament, obtenu des engraissements considérables; de même j'ai vu dans le service de M. Debove les mêmes effets merveilleux avec la suralimentation.

En résumé, je crois que les injections créosotées n'ont que des indications très restreintes et beaucoup de contre-indications.

Toutes les fois qu'un tuberculeux a quelque tendance à l'éréthisme, il ne faut pas donner de créosote. On pourra s'en servir chez des tuberculeux tout à fait au début et dits torpides; tuberculeux souvent douteux et chezlesquels on a porté le diagnostic, plus par ce qu'il y avait des symptômes généraux que par les lésions constatées en explorant les poumons.

Restent à la créosote ses qualités antibronchorrhéiques, que je crois réelles, mais il faut, je pense, lui enlever sa réputation de médicament spécifique de la tuberculose.

M. Fernet. — Il importe surtout, dans l'étude de cette question, d'être exactement fixé sur le pronostic de la maladie. Or rien n'est plus difficile que de fixer ce pronostic; on sait que la tuberculose est spontanément curable, les autopsies des vieillards en fournissent des preuves multiples, car il est rare de ne pas rencontrer chez eux des reliquats de tuberculose guérie. Les tuberculoses locales viennent également à l'appui de cette opinion, et on connaît le pronostic relativement bénin des péritonites tuberculeuses.

Les modificateurs hygiéniques seuls sont capables d'amener la guérison des tuberculoses à marche lente; parmi eux il faut citer: la suralimentation, préconisée surtout par M. Debove, l'administration de l'alcool, de l'huile de foie de morue à hautes doses, la pratique de l'hydrothérapie.

La créosote a pour effets immédiats certains phénomènes d'excitation, qui se produisent du côté de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire, du système nerveux. C'est dire que l'appétit s'accroît, les battements du cœur se régularisent et deviennent plus forts, les forces se relèvent, l'embonpoint augmente.

Mais ces modifications ne se produisent que lorsque la créosote est administrée à doses convenables. Dans les cas contraires, il se produit des phénomènes d'intoxication que l'on pourrait ranger dans deux classes différentes: l'une reproduit le tableau du créosotisme aigu, l'autre le créosotisme chronique. Le créosotisme aigu se caractérise par de la fièvre, des troubles gastriques, des phénomènes pseudo-méningitiques, sur lesquels M. Faisans attirait dernièrement l'attention. Le créosotisme chronique est surtout produit par différentes scléroses, sclérose pulmonaire, sclérose artérielle, sclérose rénale.

La créosote possède-t-elle une action antiseptique réelle? Pour mettre en jeu l'action antiseptique de la créosote, il faudrait pratiquer des injections intra-pulmonaires; mais ce mode n'est pas sans danger, et ne peut être proposé dans la pratique courante.

En résumé, donc, la créosote possède, comme tous les médicaments, des indications et des contre-indications. Elle est indiquée chez les malades atteints de débilité générale, de tuberculose torpide.

Elle est contre-indiquée dans les cas de tuberculoses dites éréthiques, évoluant chez des alcooliques, chez des artérioscléreux, chez des goutteux.

Quant aux doses, elles sont absolument variables suivant les individus; les doses élevées sont dangereuses.

Enfin, les différentes manières d'administrer ce médicament sont également bonnes.

M. Hanot. — Sur plus de 300 phtisiques examinés à leur entrée dans mon service j'ai trouvé de l'urobiline dans les urines dans la proportion de 48 pour 100 des cas chez les hommes et de 30 pour 100 chez les femmes. La différence dans ces deux chiffres résulte probablement de différences dans l'usage des boissons alcooliques. Or, en donnant à ces malades la créosote sous forme de capsules d'huile créosotée (à la dose moyenne de 6 capsules par jour), j'ai constaté que, d'ordinaire, l'urobiline diminuait assez rapidement, pour disparaître même après 15, 20 ou 30 jours d'emploi du médicament.

M. Catrin. — Je voulais ajouter un mot à ce qu'a dit M. Fernet sur la fréquence de la tuberculose en citant diverses statistiques, entre autres celles de MM. Brouardel et Vibert.

Mon service d'agrégé au Val-de-Grâce m'appelle à faire des conférences d'autopsie aux stagiaires. Les cadavres nous sont fournis par l'asile de Nanterre; ce sont en général des gens âgés; or, depuis 4 ans, j'en suis encore à trouver un cadavre sur lequel n'existent pas de lésions tuberculeuses plus ou moins intenses, soit en activité, soit éteintes: cicatrices fibreuses, tubercules crétacés ou même caséeux. Aujourd'hui même j'ai fait l'autopsie d'un homme de 75 ans, mort d'infection urinaire, chez lequel on constatait une pleurésie sèche double (adhérences) avec, aux deux sommets, des foyers tuberculeux, les uns caséeux, les autres crétacés.

J'insiste toujours auprès des élèves pour leur signaler cette fréquence de la tuberculose et, pour moi, j'ai la conviction que chacun a été, est ou sera tuberculeux. La contagion est trop facile, trop fréquente pour qu'on puisse y échapper, mais la guérison spontanée est aussi très fréquente; nous l'aidons en conseillant l'hygiène, etc.

M. Debove. — N'a-t-on pas prétendu en ces derniers temps que l'urobiline se produit dans l'intestin? Si cette théorie est exacte, la créosote agit peut-être sur les fermentations intestinales et empêche ainsi la production de l'urobiline.

M. Le Gendre. — La créosote fut longtemps préconisée dans le traitement des dyspepsies, et j'estime qu'à doses modérées on peut l'employer et en retirer un bénéfice réel.

M. Hayem. — L'action de la créosote sur le tube digestif est certaine, mais d'ailleurs parfaitement défavorable et dangereuse.

Les observations de M. Hanot sont très intéressantes, mais peut-être faut-il faire une réserve, car très fréquemment on voit des sujets présenter, à leur entrée à l'hôpital, de l'urobiline, laquelle disparaît après quelques jours de repos.

La théorie intestinale de l'urobiline a été soutenue il y a longtemps, surtout par des chimistes; elle est contraire aux observations cliniques.

M. Barié. — Chez la plupart des tuberculeux, la créosote administrée par voie gastrique entraîne des phénomènes dyspeptiques; je leur donne donc la créosote par voie rectale, principalement sous forme de suppositoire.

M. Ferrand. — La créosote paraît contre-indiquée toutes les fois que la tuberculose pulmonaire s'accompagne d'éréthisme, de fièvre. Elle ne convient qu'aux formes torpides, sans réactions congestives ou nerveuses.

M. Manquat. — Je crois qu'il est un mode d'administration de la créosote assez utile. C'est la méthode des lavements créosotés. On se sert d'une émulsion de créosote dans du lait à doses variant entre 4 et 10 0/0.

M. Burlureaux. — Les conclusions auxquelles aboutit M. Fernet sont absolument les miennes: la créosote n'est pas un spécifique, c'est un adjuvant. De plus, la créosote est un médicament qui demande à être manié avec grande prudence; j'ai vu des accidents avec des quantités minimes; j'ai vu, au contraire, des malades supportant des doses considérables. J'ai, de

plus, fixé les règles sur lesquelles on doit se guider pour l'administration de la créosote.

De plus, j'ai insisté sur ce fait pronostique que tout malade qui tolère de hautes doses doit guérir. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 février.

Des microbes dans la formation des calculs biliaires.

MM. Gilbert et **Fournier** ont examiné à nouveau différents calculs au point de vue bactériologique.

Sur 27 cas de lithiase biliaire, les auteurs ont vu 19 fois des calculs sans microorganisme au centre. Il s'agissait alors de lithiase ancienne. 7 fois ils virent des microbes vivants de l'espèce colibacillaire. Il s'agissait alors de lithiase récente. Une fois enfin, il y avait des formes bacillaires mal colorées avec cultures négatives.

Ils ont aussi examiné 3 calculs de bœufs. L'un n'avait pas de microorganismes, l'autre contenait un colibacille mobile, le troisième enfin contenait d'abondantes formes bacillaires.

En ajoutant ces faits à ceux de leur précédente communication, MM. Gilbert et Fournier arrivent aux résultats suivants :

Tous leurs cas peuvent se diviser en 6 catégories.

1° 22 fois (une fois il s'agissait de lithiase bovine) il n'y avait aucun microbe. La bile était stérile, ou habitée par des microorganismes divers.

2° 9 fois (une fois il s'agissait de lithiase bovine), les calculs et la bile contenaient le colibacille type.

3° 1 fois, certains calculs avaient des microbes ; d'autres contenaient des colibacilles, comme la bile.

4° 1 fois, les calculs avaient le colibacille type et la bile contenait un para-colibacille immobile.

5° 1 fois (il s'agissait d'un bovidé), les calculs avaient des microbes non cultivables, mais colorables, et la bile avait le colibacille vivant.

6° 2 fois, les calculs avaient des bacilles morts, mais colorables, et la bile était stérile.

Les deuxième et troisième catégories sont constituées par des cas favorables à l'hypothèse d'une pénétration secondaire des calculs par des microorganismes envahissant l'appareil biliaire après la formation de la lithiase.

La pénétration secondaire des calculs par les microorganismes ne peut cependant pas être invoquée pour expliquer la présence de microbes en leur centre, dans tous les cas. D'ailleurs, les faits des quatre dernières catégories sont des arguments en faveur de l'origine microbienne de la lithiase. Du coup, comme l'ont en outre établi différentes expériences entreprises à ce sujet par les auteurs, la théorie de la cholécystite litbogène semble passer du domaine de l'hypothèse dans celui de la réalité.

On comprend donc que, dans les cas de lithiase récente, il y ait souvent des microorganismes au centre du calcul et dans la bile. On comprend aussi que dans les calculs plus anciens il y ait des formes bacillaires constituées par des microbes morts, alors que la bile n'est plus habitée ou que d'autres microorganismes l'ont postérieurement envahie. On comprend, enfin, que dans les cas de lithiase ancienne, il n'y ait plus ni microorganisme vivant, ni aucune forme colorable dans la bile et les calculs.

Quels sont les microorganismes qui interviennent pour produire ces calculs ? Ils sont sans doute assez nombreux. Le bacille typhique joue un rôle que différents auteurs ont mis en lumière. Mais c'est surtout le colibacille qui tient la plus grande place parmi tous les microbes capables d'engendrer la lithiase biliaire, chez l'homme comme chez les animaux.

Tuberculose animale inoculée.

MM. Cadiot, Gilbert et **Roger**. — Nous avons vu par différentes expériences qu'il existe des analogies manifestes entre le virus de la tuberculose aviaire et celui de la tuberculose des mammifères. Aussi avons-nous été amenés à supposer que les deux bacilles étaient deux races ou deux variétés d'une seule et même espèce.

C'est pour établir ces conclusions d'une façon plus ferme que nous avons refait une série de quarante inoculations, qui ont confirmé les conclusions ci-dessus. La tuberculose des gallinacés s'inocule facilement au lapin ; elle s'inocule plus difficilement au cobaye. Mais après plusieurs passages sur des mammifères, elle peut devenir très active pour le cobaye. On peut alors voir chez ce dernier nombre de granulations viscérales qui se développent comme lorsqu'il s'agit de virus humain. Enfin, en même temps, cette forme de tuberculose peut perdre son action nocive pour les gallinacés.

Unicité des tuberculoses humaine et aviaire.

MM. Gilbert et **Roger**. — Nous avons établi, avec M. Cadiot, que la tuberculose humaine peut être facilement transmise au perroquet. De plus, nous avons montré que le bacille conserve, chez le perroquet, ses caractères originels. M. Straus vient de confirmer ces conclusions.

M. Straus a eu recours dans ses expériences à l'inoculation directe, de préférence aux cultures avec virulence des microbes modifiée. Elles lui ont permis de reconnaître que la tuberculose des perroquets ne se transmet pas à la poule, mais qu'elle prend aisément sur le cobaye. Enfin il a vu en outre que cette tuberculose s'inocule au chien.

Reste à voir à quelle formule vont aboutir ces expériences. Il nous semble qu'elles ont pour résultat principal de montrer que les deux virus ne sont pas si différents l'un de l'autre. S'il existe deux races de bacille tuberculeux, il n'est pas nécessaire d'en trouver deux espèces.

Titubation cérébelleuse par lésion expérimentale chez le chat.

M. A. Thomas. — L'expérience suivante permet d'établir, chez le chat, une titubation cérébelleuse très nette.

On commence par inciser la peau et les muscles de la nuque, puis on fait une petite brèche dans l'os occipital, par laquelle on introduit une anse de galvano-cautère. Le courant est établi et l'instrument aussitôt retiré.

On peut voir ensuite une extension tonique de la tête et des pattes extérieures. Les jours suivants, apparaît la titubation cérébelleuse. Celle-ci est encore plus marquée dans l'obscurité et la marche sur un plan incliné.

Vingt-cinq jours plus tard, l'animal meurt et, à l'autopsie, on observe les lésions suivantes :

Il y a lésion du vermis, localisée au moyen du toit. Peu de chose au noyau dentelé. Mais on voit une dégénérescence du pédoncule cérébelleux supérieur du même côté, du faisceau sensoriel direct d'Edinger, du faisceau de Burdach, du noyau de Burdach et des fibres arciformes internes, enfin de l'olive inférieure et du ruban de Reil.

Hémorrhagies de la vésicule biliaire au cours d'intoxications par des toxines microbiennes.

M. H. Claude. — En injectant des toxines microbiennes aux animaux, nous avons vu se produire deux fois des hémorrhagies de la vésicule biliaire, dans les conditions suivantes :

La première fois, il s'agissait d'un lapin intoxiqué par de la toxine pyocyanique. A l'autopsie, la vésicule biliaire apparut remplie par un caillot constitué par des couches de fibrine avec globules et amas de matière colorante du sang. Sur la paroi de

la vésicule, se voyaient de petits foyers hémorrhagiques avec destruction de la muqueuse. En examinant la pièce au point de vue bactériologique, on constatait que le caillot contenait de nombreuses colonies de bacterium coli, mais que la paroi était libre de tout microbe, comme de toute lésion d'inflammation.

Le second cas est représenté par un cobaye, à qui, pendant trois semaines, on fit de petites injections de toxine tétanique. A l'autopsie, on vit que la vésicule contenait un liquide rouge foncé, formé de bile et de sang. Mais on n'y voyait pas de caillot.

Il est donc bien évident qu'une intoxication lente par la toxine microbienne peut produire des hémorrhagies de la vésicule biliaire. Il est probable que ces épanchements sanguins s'éliminent d'ordinaire avec la bile ; mais ils peuvent aussi donner naissance à des caillots où les microbes du cholédoque trouvent un excellent milieu de culture.

Il n'y a rien d'impossible à ce que chez l'homme certaines maladies infectieuses agissent comme l'intoxication lente expérimentale. On peut admettre aussi que la migration des petits caillots dans les voies biliaires produise des coliques hépatiques et que ces caillots puissent servir de point d'appel à des débris de cholestérine ou de sels biliaires pour arriver à former certains calculs biliaires.

De la suture artério-veineuse.

M. François-Franck dit, à propos de la communication que M. R. Petit fit à une des dernières séances, qu'il a essayé de produire des anévrysmes artério-veineux en faisant communiquer l'artère fémorale avec la veine fémorale du chien.

En usant du procédé en un temps, il n'a obtenu que des échecs.

En se servant du procédé en deux temps, il a bien obtenu une communication persistante, mais sans qu'il y eût tumeur anévrysmale au vrai sens du mot. Il a simplement noté une forte dilatation de la veine fémorale.

LES LIVRES

Traité de médecine et de thérapeutique.

Publié sous la direction de M. le professeur P. Brouardel.

Le *Traité de médecine et de thérapeutique*, dont le premier volume vient de paraître, répond sans doute au besoin d'exprimer la profonde transformation qui s'est opérée de nos jours dans le domaine de la pathologie. De fait, l'impression que laisse la lecture de ce premier volume est que nous entrons dans un autre ordre d'idées nouveau, dans une voie très différente de celle qui fut celle de nos prédécesseurs. C'est le résultat indirect des théories microbiennes qui, nées d'hier pour ainsi dire, ont pris en peu de temps une extension démesurée. On pourra s'en convaincre en parcourant le premier chapitre qui sert en quelque sorte d'introduction pour le reste de l'ouvrage. C'est un véritable exposé des motifs, une manière de déclaration de principes qui a pour but de marquer l'esprit et les tendances de la nouvelle publication. M. Girode, l'auteur de cette introduction, a pris pour sujet l'étiologie et la pathogénie des maladies microbiennes. C'est toute l'histoire résumée de celles-ci, l'histoire des fonctions particulières des microbes, l'appréciation de leur rôle dans la genèse des maladies et, corrélativement, celle des procédés naturels d'atténuation et d'immunisation qui tient dans les 125 pages de cet article. Les poisons que les infiniment petits sécrètent, les *toxines*, pour parler le langage du jour, et les *antitoxines*, dont la présence est jusqu'à un certain point solidaire de celle des poisons ; puis, l'intervention des phagocytes et leur fonction destructive vis-à-vis des bactéries, autrement dit le mécanisme de l'infection et les procédés de résistance de l'organisme vis-à-vis d'elle, tous ces processus fondamentaux de la pathologie microbienne fournissent matière à des considérations d'un intérêt supérieur et l'article de M. Girode les met fortement en relief.

Il est certain que, depuis l'introduction de ces notions toutes récentes, il est devenu relativement facile de comprendre certains phénomènes restés longtemps inexpliqués, comme le mécanisme de l'immunité acquise ou spontanée qui, longtemps livré au caprice des interprétations individuelles, s'éclaire maintenant d'une vive lueur à la clarté des acquisitions bactériologiques. La clinique y trouve aussi son compte, car elle y rencontre un critérium qui dans nombre de cas suffit pour caractériser les maladies microbiennes que l'on peut déceler désormais par des moyens offrant toute la précision désirable. On peut citer dans cet ordre d'idées la tuberculose viscérale, que l'on arrive maintenant à reconnaître dans les cas douteux par l'injection de très petites doses de *tuberculine*. Evidemment les vieux procédés de la clinique ne sauraient suffire ici pour un diagnostic délicat, il faut l'intervention du poison subtil appelé *tuberculine* pour engendrer la certitude. Voilà un exemple d'une portée incontestable, et on pourrait lui en adjoindre d'autres tirés du même ordre de faits. On peut en conclure que les enseignements traditionnels tirés de l'observation pure et simple ne peuvent plus nous suffire, et qu'il est nécessaire de leur adjoindre des procédés de recherche plus conformes au besoin de rigueur et de précision qui caractérise les sciences contemporaines. C'est la conclusion générale à tirer de l'article de M. Girode, qui n'a sans doute fait que refléter ici une tendance commune à tous les auteurs du Traité.

Celui-ci est donc un ouvrage réellement nouveau, comme on peut s'en convaincre encore par la forme que les collaborateurs de M. Brouardel ont donnée aux articles dont ils étaient respectivement chargés, par les titres mêmes des chapitres qu'ils ont signés. Ainsi c'est la première fois, pensons-nous, que l'on voit figurer dans un traité de pathologie des paragraphes spéciaux pour la *streptococcie*, cette infection polymorphe dont l'érysipèle de la face est le type achevé ; pour la *coli-bacillose*, une autre infection dont le rôle paraît également considérable, et pour la *pneumococcie*, elle aussi très digne d'intérêt. L'étude de cette dernière, nouvelle venue dans le cadre nosologique, a fourni la matière d'une étude très substantielle et très originale à M. Landouzy. D'après l'auteur, on ne peut comprendre la pathogénie de la pneumonie et de certaines affections qui lui sont connexes, méningite cérébro-spinale, pleurésie méta-pneumonique, etc., etc., si l'on ne possède la notion du rôle du pneumocoque, si l'on ne connaît les diverses particularités de son histoire naturelle. On peut appliquer les mêmes réflexions à la *staphylococcie*, au sujet de laquelle M. Courmont fait connaître des résultats expérimentaux qui établissent nettement le rôle dévolu à ce microbe pathogène dans la genèse de quelques maladies infectieuses. L'étude de toutes ces questions, nées d'hier, s'impose dorénavant, leur place est marquée au premier rang dans les préoccupations des nosologistes.

Une objection à signaler en passant est celle relative aux applications pratiques de ces notions nouvelles. La thérapeutique est-elle appelée à bénéficier de la transformation des doctrines médicales ? Dans l'esprit de nombre d'opposants, la réponse doit être négative, sauf en ce qui concerne la prophylaxie, à laquelle ces découvertes ont apporté un appoint éclairé et un renfort puissant. Il y a pourtant des acquisitions précieuses dans le domaine thérapeutique proprement dit : le régime lacté, le bain froid, l'antisepsie intestinale, etc., mais surtout dans un ordre d'idées un peu différent, il est vrai, la *sérumthérapie*. Ici nous entrons dans une voie pleine de promesses, mais n'oublions pas que ces promesses n'ont été réalisées jusqu'à présent que pour un nombre restreint de maladies. Il convient de faire des réserves pour les résultats des applications futures de cette méthode aux autres maladies du même groupe, si l'on ne veut s'exposer à recevoir des démentis. Pourquoi, d'ailleurs, vouloir

devancer les progrès d'une science qui ne peut marcher sûrement qu'à la condition de marcher lentement? L'impulsion est donnée, c'est l'essentiel, l'avenir fera le reste.

Le Traité de médecine se présente donc au public comme un livre neuf, estampillé de la double garantie que lui confèrent l'autorité de ses rédacteurs et l'esprit de critique vraiment moderne dont ils sont animés. Sans doute, il subira le sort de tous les ouvrages du même genre, dont la vogue s'épuise avec le temps, et qui perdent la faveur populaire quand ils ont cessé de refléter exactement l'état d'une science dont la caractéristique est le progrès avec la mobilité. Mais ce jour est encore éloigné, et en attendant, avec ses qualités spéciales et son originalité, nous croyons pouvoir lui prédire un succès durable.

P. Muselier.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 24 AU 29 FÉVRIER 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 février, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, André. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Varnier, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Marchand, Broca. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Letulle Widal.

Mardi 25 février, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Raymond, Chasseyant, Roger. — 4e : MM. Proust, Charrin, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Cornil, Gilbert, Ménétrier.

Mercredi 26 février, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Marchand, Poirrier, Delbet. — 3e Oral (1re partie) : MM. Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette.

Jeudi 27 février, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Guyon, Farabeuf, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Albarran, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Debove, Charrin, Netter. — 2e (Officier de santé) : MM. Proust, Joffroy, Nélaton.

Vendredi 28 février, à 1 heure. — 4e : Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Delbet, Broca. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Gaucher, Thoinot. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 29 février, à 1 heure. — *Dissection* : MM. Farabeuf, Poirier, Thiéry. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Debove, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Nélaton, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Duplay, Berger, Hartmann. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Chantemesse, Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 26 février, à 1 heure. — *M. Papas* : Des effets de la digitale dans les cas d'insuffisance tricuspidienne (MM. Potain, Landouzy, Netter, Wurtz). — *Mlle Lope* : Traitement antiseptique de l'angine scarlatineuse par la glycérine résorcinée (MM. Potain, Landouzy, Netter, Wurtz). — *M. Chrétien* : Essai sur la fièvre des tuberculeux. Toxicité des crachats. Toxicité des urines (MM. Landouzy, Potain, Netter, Wurtz). — *M. Auvray* : Les tumeurs cérébrales. Clinique et chirurgie (MM. Tillaux, Ricard, Sebileau, Terrier). — *M. Bouglé* : Contribution à l'étude des fractures spontanées (MM. Tillaux, Ricard, Sebileau, Terrier). — *M. Dauriac* : Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche (MM. Tillaux, Ricard, Sebileau, Terrier). — *M. Marlière* : Causes de la durée de la chronicité de l'otite moyenne suppurée (MM. Tillaux, Ricard, Sebileau, Terrier). — *M. Kolpaktchi* : Les grands lavages du gros intestin. Méthode diagnostique et thérapeutique dans l'occlusion intestinale (MM. Straus, Pinard, Tuffier, Varnier). — *M. Hamon* : Contribution à l'étude du traitement des complications de l'avortement (MM. Pinard, Straus, Tuffier, Varnier).

Jeudi 27 février, à 1 heure. — *M. Lemerle* : Les irresponsables devant la loi (MM. Brouardel, Jaccoud, Marfan, Wurtz). — *M. Mangin-Bocquet* ; De la fièvre dans la tuberculose et principalement dans la fièvre hectique (MM. Jaccoud, Brouardel, Marfan, Wurtz). — *M. Schwab* : De la syphilis du placenta (MM. Cornil, Raymond, Maygrier, Marie). — *M. Logereau* : Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites (MM. Raymond, Cornil, Maygrier, Marie).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine d'Alger.

Un concours s'ouvrira, le 25 juillet 1896, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire de matière médicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Besançon.

Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant l'Ecole de médecine de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Dijon.

Un concours s'ouvrira, le 27 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Dijon.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Poitiers.

M. Léger est intitué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles d'aliénés.

Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux, Montpellier et Toulouse dans les derniers jours du mois d'avril ou dans le courant du mois de mai prochain.

Un avis ultérieur publié au *Journal officiel* et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministre de l'intérieur les demandes des candidats qui sollicitent l'autorisation de concourir.

NOUVELLES

Conférences d'externat.

MM. Herbet, Lardennois, Le Fur, internes des hôpitaux, ont commencé une conférence d'externat à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole Pratique), et la continueront tous les vendredis à 3 heures et demie.

Assemblée générale de la Société centrale des médecins de France.

La Société centrale des médecins de France a tenu, le dimanche 2 février, son assemblée générale.

Elle a procédé à l'élection d'un président, d'un trésorier et d'un vice-secrétaire. A l'unanimité, M. Bucquoy a été réélu président, M. Blache nommé trésorier, et M. Smester, vice-secrétaire.

Sur le rapport de M. Créquy, l'assemblée a adopté de porter, à partir de 1897, le taux de la cotisation annuelle de 12 à 20 fr., pour former une caisse de secours aux veuves et aux orphelins des sociétaires.

Congrès de Moscou (section de pédiatrie).

La section de pédiatrie, qui sera présidée par le professeur Filatoff, a proposé l'étude des questions suivantes au XIIe Congrès international de Moscou :

1° Diagnostic de la tuberculose pulmonaire dans la première enfance ;

2° Diagnostic de la méningite tuberculeuse;
3° La coqueluche compliquée d'influenza;
4° La diarrhée au cours des affections respiratoires;
5° Affections du système lymphatique chez les enfants;
6° Propriétés normales du sang et leurs modifications dans les affections de tout âge (rapporteur : Seitz, de Munich);
7° Résultats de la sérothérapie dans la diphtérie et autres maladies (rapporteur : professeur Baginsky, de Berlin);
8° Résultats de la ponction lombaire dans l'hydocéphalie (rapporteur : professeur Ranke, de Munich);
9° Arythmie cardiaque chez les enfants (rapporteur : M. Comby, de Paris);
10° Résultats de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse;
11° Organisation et résultats du fonctionnement des hospices d'enfants assistés en Russie et des asiles pour les enfants trouvés en général;
12° Différence entre l'allaitement naturel et artificiel des enfants au point de vue physiologique et pathologique (rapporteurs : professeur Escherich, de Gratz, et Baginsky, de Berlin);
13° Syphilis héréditaire;
14° Diathèse hémorrhagipare et distribution géographique du rachitisme;
15° Influence de l'école sur la santé et le developpement physique des enfants (rapporteur : M. Schmid-Monnard).

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRES DE LA MAIN

Les artères de la main viennent de deux troncs principaux, les artères radiale et cubitale, et de deux troncs accessoires, l'artère du nerf médian et l'artère interosseuse antérieure.

Les artères radiale et cubitale peuvent être complètement remplacées par ces troncs accessoires.

L'artère cubitale.

Descend à la partie inférieure de l'avant-bras dans une gouttière, entre le tendon du cubital antérieur et le tendon le plus interne du fléchisseur superficiel des doigts.

Au niveau du carpe, elle passe devant le ligament annulaire antérieur, en dehors du pisiforme.

Oblique en bas et en dedans, elle fait, en atteignant la main, une crosse pour se porter transversalement en dehors, il s'anastomose par inosculation avec la branche radio-palmaire de la radiale, pour former l'arcade palmaire superficielle.

L'artère radiale.

Située à l'avant-bras, entre le grand palmaire et le long supinateur, se dévie à la partie inférieure, contourne l'apophyse styloïde du radius et apparaît à la face dorsale de la main, dans le fond de cette dépression que limitent les tendons du long abducteur et court extenseur du pouce d'une part, et celui du long extenseur du pouce d'autre part et qu'on appelle la tabatière anatomique.

Elle repose sur la face dorsale du scaphoïde et du trapèze et au niveau de l'extrémité supérieure du premier espace interosseux; parfois cet espace peut venir à la paume de la main s'anastomoser avec la cubito-palmaire, branche de la cubitale, et former ainsi l'arcade palmaire profonde.

Branches.

Les deux gros troncs qui se partagent l'irrigation de la main sont reliés entre eux par un système d'anastomoses transversales formant ainsi des arcades que nous allons étudier, à la paume de la main, sur sa face dorsale et aux doigts.

I. Paume de la main.

Arcade transverse antérieure du carpe.

Au niveau du bord inférieur du carré pronateur, la radiale et la cubitale détachent chacune un petit rameau transversal. Ces deux rameaux s'anastomosent, formant ainsi un demi-bracelet, avec lequel l'artère du nerf médian, branche de l'interosseuse antérieure, vient se mettre en communication. Cette anastomose est constante et importante au point de vue du rétablissement de la circulation après ligature des deux troncs principaux.

Arcade palmaire superficielle.

Formée : par l'artère cubitale d'une part, d'autre part par la *radio-palmaire* qui, née de la radiale au niveau de l'apophyse styloïde du radius, passe sur le court abducteur du pouce, parfois dans l'épaisseur de ce muscle et, se portant transversalement en dedans, vient s'anastomoser avec la cubitale. Elle irrigue, chemin faisant, les muscles de l'éminence thénar.

Rapports.

Cette arcade répond à une ligne transversale partant de la commissure du pouce, à 1 centimètre environ au-dessous du ligament annulaire antérieur du carpe.

Si nous procédons par dissection, nous aurons à enlever, avant de la découvrir :

La peau, épaisse, adhérente,

La couche graisseuse sous-cutanée, épaisse, cloisonnée, renfermant des vaisseaux et des nerfs peu importants pour le chirurgien.

L'aponévrose palmaire superficielle, triangulaire semble une expansion du petit palmaire, présente quatre faisceaux reliés par des arcades au-dessous desquelles on voit des vaisseaux.

Après avoir enlevé cette aponévrose, nous voyons l'arcade palmaire superficielle formant une courbe à concavité supérieure et reposant sur les tendons fléchisseurs qu'elle croise perpendiculairement et dont la séparent les nerfs collatéraux palmaires.

Branches :

Concavité : rien.

Convexité : artères digitales.

Ordinairement quatre, première, deuxième, troisième, quatrième de dedans en dehors : rayonnant vers les quatre derniers doigts. Elles donnent quelques rameaux aux tendons fléchisseurs aux muscles lombricaux et à la peau et au niveau de la racine des doigts, donnent les artères collatérales.

La première digitale donne la collatérale interne du petit doigt.

La deuxième donne : collatérale externe du petit doigt; collatérale interne de l'annulaire.

La troisième donne : collatérale externe de l'annulaire; collatérale interne du médius.

La quatrième donne : Collatérale externe du médius; collatérale interne de l'index.

Rarement il existe une cinquième digitale qui donne la collatérale externe de l'index et la collatérale interne du pouce.

C'est ordinairement l'arcade profonde qui donne cette artère.

L'arcade palmaire profonde est formée par l'arcade radiale, qui après avoir perforé le premier espace interosseux, s'anastomose par inosculation avec le *cubito palmaire*, branche de la cubitale, cette branche née au niveau du pisiforme plonge entre le court abducteur et le court fléchisseur du petit doigt, passe sous ce dernier muscle, puis s'infléchit en dedans vers la radiale, chemin faisant elle irrigue l'éminence hypothénar.

Cette arcade est située à 1 centimètre au-dessus de la ligne de l'arcade superficielle.

Rapports.

Continuons la dissection que nous avons interrompue pour étudier l'arcade superficielle.

Il nous faut enlever :

Les tendons des muscles fléchisseurs superficiel et profond des doigts, entourés de leurs gaines et formant deux couches superposées.

Les muscles lombricaux annexés aux tendons fléchisseurs profonds.

Une couche de tissu cellulo-graisseux, lâche.

Enfin *sous l'aponévrose palmaire profonde* nous voyons l'arcade profonde, décrivant comme la superficielle une courbe à concavité supérieure mais plus étroite et moins volumineuse.

Elle repose sur le *gril métacarpien* garni par les muscles interosseux; elle se trouve en somme plus près de la face dorsale de la main que de sa face palmaire et un instrument vulnérant venu par la face dorsale pourra l'atteindre facilement.

Branches :

Par sa concavité :

Rameaux ascendants aux articulations dn carpe.

Par sa convexité:

Quatre interosseuses palmaires suivent les espaces interosseux correspondants, donnent des rameaux aux muscles interosseux, s'anastomosent enfin avec les artères digitales avant leur bifurcation.

Artère interosseuse du premier espace, diffère des autres, en ce qu'elle se divise pour fournir la collatérale externe de l'index, la collatérale interne du pouce et parfois une collatérale externe du pouce.

Par sa face postérieure :

Perforantes, qui traversent les extrémités supérieures des espaces interosseux pour s'anastomoser avec les interosseuses dorsales.

Il y a quatre perforantes, la quatrième étant représentée par l'artère radiale.

II. Face dorsale de la main.

Les artères de la face dorsale sont fournies en grande partie par la radiale, un peu par la cubitale et par l'interosseuse antérieure.

L'artère radiale, au niveau de la tabatière anatomique donne *l'artère transverse dorsale du carpe*, qui se porte horizontalement en dedans pour s'anastomoser sur le bord interne de la main avec la *cubito dorsale*, branche de la cubitale, *née* à 4-5 centimètres au-dessus du poignet, oblique en bas, en dedans et en arrière, contournant le cubitus, sous le tendon du cubital antérieur.

Ainsi se trouve formée *arcade dorsale située* profondément au-dessous de la couche des tendons extenseurs réunis entre eux par l'aponévrose et appliquée ainsi directement sur les os du carpe.

1° Rameaux ascendants.

Très nombreux, grêles s'anastomosent avec branches de *l'interosseuse antérieure*, cette artère, branche de la cubitale, suit la face antérieure du ligament interosseux qu'elle perfore à la partie inférieure de l'avant-bras pour s'unir à la partie terminale de l'interosseuse postérieure et s'anastomoser enfin avec les rameaux ascendants de l'arcade dorsale. Ce peut être une voie importante pour le rétablissement de la circulation.

2° Rameaux descendants.

Artères interosseuses dorsales, seulement pour les deux ou trois derniers espaces, analogues aux artères interosseuses palmaires, anastomosées avec l'arcade palmaire profonde par les perforantes.

Se terminent en donnant quelques fins rameaux sur la face dorsale des premières phalanges.

Parfois sont très développées et donnent de véritables collatérales dorsales, analogues aux palmaires :

La première fournissant la collatérale interne petit doigt.

La deuxième : la collatérale externe petit doigt et interne annulaire.

La troisième : la collatérale externe de l'annulaire et la collatérale interne du médius.

C'est l'artère radiale qui, par suite de son volume, semble donner ici directement les branches des autres espaces interosseux.

L'artère interosseuse du deuxième espace, encore appelée *dorsale du métacarpe*, qui fournit la collatérale externe du médius et la collatérale interne de l'index.

L'artère interosseuse du premier espace qui donne la collatérale externe de l'index et la collatérale interne du pouce.

L'artère dorsale du pouce qui représente la collatérale externe du pouce.

L'artère radiale n'est, en somme, qu'une volumineuse perforante.

III. Aux doigts.

Presque toute la circulation des doigts relève des *collatérales palmaires*.

Situées de chaque côté de la gaine des fléchisseurs.

Rameaux sur la face palmaire et sur la face dorsale s'anastomosant sur la ligne médiane et formant ainsi une série d'arcades irrégulières.

Rameaux allant aux tendons fléchisseurs.

A la partie moyenne de la dernière phalange se réunissent pour former une dernière arcade à concavité supérieure d'où partent des rameaux pour la pulpe des doigts et pour la région sous-unguéale.

Les collatérales dorsales.

Se perdent ordinairement sur le dos des premières phalanges, mais quand elles sont très développées, elles accompagnent les tendons extenseurs jusqu'aux troisièmes phalanges, où elles forment, au niveau de la racine de l'angle, une arcade; de cette arcade partent les vaisseaux pour la région sous-unguéale.

Anomalies.

Sont nombreuses ; il y a balancement complet entre les 2 systèmes principaux (radiale et cubitale), comme aussi entre ces systèmes et les systèmes accessoires :

1° Absence de la radiale ou de la cubitale ou des deux à la fois ;

2° Pas d'arcade, chaque artère se distribue séparément;

3° Pas d'arcade palmaire superficielle ou pas d'arcade profonde;

4° Les troncs accessoires fournissent presque toute la circulation de la main.

Physiologie.

Par leur nombre, par leur volume, par la richesse de leurs anastomoses, les artères de la main assurent à cet organe une circulation active.

Ces anastomoses sont les unes transversales, les autres antéro-postérieures.

Anastomoses transversales.

A la face antérieure.

Arcade transverse antérieure du carpe.

Arcade palmaire superficielle.

Arcade palmaire profonde.

Arcades à l'extrémité des doigts.

A la face dorsale.

Arcade dorsale du carpe.

Anastomoses antéro-postérieures.

Font communiquer le réseau antérieur avec le réseau postérieur en haut et en bas du grillage métacarpien.

En haut : Par les perforantes.

En bas : Les branches des quatre interosseuses dorsales communiquent parfois avec les artères digitales.

Enfin, c'est à la main que *Sacquet* a découvert ses *canaux dérivatifs* qui font communiquer les artères avec les veines, sans l'intermédiaire des capillaires.

Cette riche vascularisation est en rapport avec les nombreux mouvements auxquels la main est soumise : elle nous explique pourquoi les hémorrhagies y sont difficiles à arrêter, pourquoi les blessures des troncs artériels donnent du sang également par le bout inférieur et par le supérieur et comment la circulation se rétablit même après ligature des deux troncs principaux.

Les anomalies sont relativement fréquentes et peuvent produire des insuccès dans les ligatures. H.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 9 29 Février 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement de l'angine phlegmoneuse.

Par le Dr H. Ripault (de Dijon), ancien interne des hôpitaux.

L'amygdalite phlegmoneuse est une des maladies de la gorge avec laquelle le praticien a le plus souvent maille à partir; l'atrocité des douleurs, l'intensité et la durée de la dysphagie; enfin, la formation d'une collection purulente, répondent à des indications thérapeutiques qu'il est de son devoir de remplir.

Il y arrive, suivant la phase de la maladie, par deux ordres de moyens : médicaux et chirurgicaux.

A. Thérapeutique médicale

Depuis longtemps, on a cherché, parfois on arrive à faire tourner court la maladie, à éviter la phase de suppuration.

Le traitement abortif, de même que pour tout autre inflammation aiguë, n'a de chances de réussite que s'il est institué de très bonne heure; c'est-à-dire dans les 24 ou 36 premières heures au plus de l'affection; c'est dire qu'il sera rarement mis en vigueur avec succès, l'affection étant très souvent prise et traitée au début comme une inflammation aiguë banale; seuls, le patient déjà prévenu par des attaques antérieures, ou le médecin attentif à l'œdème précoce des piliers et de la luette, à la prédominance ordinairement très nette des accidents à un seul côté, sauront s'en servir, mais sans fonder jamais sur lui des espérances trop fermes.

Les badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent à 1/10, avec la glycérine gaïacolée à 1/4 que nous avons expérimentée plusieurs fois, donnent le plus souvent des résultats à peu près négatifs; continués même avec insistance, ils exaspèrent les troubles fonctionnels.

Plus efficace est l'emploi interne du salol, recommandé par Capart, et dont nous avons vu plus d'une fois des résultats remarquables entre les mains de notre maître, M. le Dr Gouguenheim. Le salol se donne en émulsion dans un julep à la dose de 2 grammes chez un enfant d'une dizaine d'années, de 3 et 4 grammes chez un adulte; à doses fractionnées. La médication doit être continuée pendant deux jours au moins et même trois; car ce n'est qu'au bout de 24 à 36 heures qu'on observe l'atténuation des troubles morbides : passé ce temps, si l'amélioration nette ne s'est point produite, il est inutile d'insister. Le salol, s'il n'arrête pas le processus dans bien des cas, peut abréger la maladie, et surtout atténuer l'intensité de la dysphagie.

Un autre moyen, certes non moins efficace, s'il est employé de bonne heure, et que vantent avec raison les Allemands, est l'emploi des réfrigérants.

Le malade avale fréquemment de petits fragments de glace pilée, prend des aliments liquides glacés et maintient en permanence sur la région cervicale des compresses froides, fréquemment renouvelées. Si le froid n'est pas supporté, s'il ne calme pas les souffrances du patient, ou même qu'après les avoir calmées un certain temps, il les laisse reparaître, alors il doit céder le pas à la méthode inverse, plus calmante : la chaleur.

La glace et le salol rentrent donc par le fait autant dans les moyens thérapeutiques de l'affection confirmée que dans la méthode abortive.

Si le froid n'est pas supporté, sous quelles formes va-t-on se servir de la chaleur?

Disons le de suite, l'expérience a prouvé le peu d'efficacité des gargarismes, dont la pratique est souvent alors douloureuse au point de les rendre impossibles au malade, et l'influence minime des collutoires calmants (cocaïne, morphine, menthol), sur une muqueuse extrêmement enflammée et dont les sécrétions, momentanément accrues, entraînent trop rapidement le principe actif.

Il reste cependant à notre disposition un moyen extrêmement efficace, et remarquable par sa simplicité qui le

met à la portée du malade lui-même, nous voulons parler des grandes irrigations de gorge.

Celles-ci se pratiquent avec l'irrigateur ordinaire, ou un siphon Weber adapté à un récipient suffisamment élevé: l'embout est introduit entre les dents et porté assez profondément au voisinage de la région malade pour que le dos de la langue ne vienne mettre obstacle à l'action bienfaisante du jet; la langue pourra au besoin être maintenue légèrement avec le dos d'une cuillère; mais avec un peu d'habitude, et en disposant l'embout un peu latéralement, on arrive vite à un mode opératoire satisfaisant. Le liquide doit être chaud, aussi chaud que possible; la quantité doit être d'un à deux litres par irrigation au moins; le nombre des irrigations aussi considérable que possible d'autre part: le liquide employé, l'addition de substances calmantes (teintures d'opium, de belladone) n'ont qu'une importance accessoire; c'est le lavage abondant et le lavage à chaud qui soulage le patient et lui fait souvent réclamer lui-même son traitement. Rappelons ici ce fait, bien connu d'ailleurs, que le jet doit à tout prix éviter d'être violent.

Beaucoup d'angineux ont dans les fosses nasales et surtout dans les arrière-fosses nasales une accumulation de mucosités épaisses et fort gênantes: dans ces cas, M. le D[r] Gouguenheim se trouve bien d'adjoindre aux lavages de l'isthme du gosier, des irrigations nasales boriquées tièdes, sous faible pression et en recommandant avec soin toutes les précautions usitées en pareil cas pour éviter la pénétration du liquide dans les trompes: ceux qui redoutent les irrigations emploieront la douche nasale sèche avec la poire de Politzer et les simples inhalations ou les pulvérisations.

Extérieurement, on peut appliquer des compresses tièdes recouvertes d'un taffetas gommé et changées fréquemment: souvent on pourra s'en abstenir; il en est de même de l'emploi des pommades belladonées et des sangsues à l'angle de la mâchoire, dans la région rétro-maxillaire.

Chez un malade où des douleurs atroces et très rebelles empêchaient le sommeil depuis plusieurs nuits, nous avons obtenu une détente remarquable par une demi-injection de morphine, faite, le soir, dans la région malade, et renouvelée avec succès jusqu'à cessation des douleurs; les autres calmants: chloral, antipyrine, seront surtout administrés sous forme de lavements, la déglutition étant si difficile.

Les aliments seront pris fréquemment, par très petite quantité à la fois, sous une forme demi-liquide plutôt que liquide (à cause de la maladresse forcée des mouvements de déglutition) et toujours froids.

Chez un malade qui en était arrivé à souffrir les angoisses de la faim, nous obtînmes un soulagement par l'introduction d'une petite sonde œsophagienne en caoutchouc, par laquelle on alimente, pendant deux à trois jours, matin et soir, le malade sans grande douleur ni difficulté.

Le phlegmon amygdalien laisse après lui un état saburral prolongé des voies digestives: on le combattra par l'emploi réitéré de purgatifs salins, après guérison de l'angine, combiné aux amers et à l'alimentation lactée exclusive.

Le changement d'air, un court séjour à la campagne sont, quelquefois, fort utiles pour remettre les malades épuisés par la longue durée de l'affection, ou deux poussées successives (ce qui n'est pas rare).

B. — Traitement chirurgical

Avant même que la collection purulente ne soit formée et souvent réussissant à la prévenir (c'est un des plus sûrs et vrais abortifs), une intervention directe est indiquée.

Elle a pour but de supprimer l'étranglement des tissus amygdaliens et péri-amygdaliens par une saignée salutaire, et de vider, en partie du moins, les cavités cryptiques de leur contenu septique.

A cet effet, on pratique la discision de l'amygdale; un crochet mousse ou pointu pénètre par les orifices lacunaires et dilacère le tissu de la tonsille; mais la discision, ainsi faite, a l'inconvénient d'être extrêmement douloureuse, ce qui ne permet pas de la mener toujours à bien: la douleur réside non pas tant dans la dilacération du tissu que dans les tractions exercées par son intermédiaire sur les piliers adhérents et enflammés; aussi, de franches incisions dans l'amygdale auront-elles autant d'efficacité contre la douleur et la tension, sans être redoutées du patient.

On entourera un bistouri bien effilé, jusqu'à 1 centimètre de sa pointe, d'une feuille de papier à cigarettes mouillée, pour protéger les parties voisines, et on pratiquera rapidement, du haut en bas de l'amygdale, une ou deux incisions suffisamment profondes: deux fois, ces incisions nous ont donné issue au pus d'un foyer intra-amygdalien, d'où très rapide guérison, mais, bien plus ordinairement, il s'agit là d'un palliatif précieux, d'une saignée locale qui, soulageant pour 12 ou 24 heures, permet d'attendre une intervention plus directe et plus active.

On peut aussi modifier le crochet disciseur, le faire coupant par sa concavité, ce qui le transforme en une petite faux, à pointe légèrement émoussée, et dont le maniement au fond de la gorge est ainsi rendu plus facile que celui d'un long bistouri.

L'aboutissant de la plupart des phlegmons de l'amygdale est la formation d'un abcès qui se développe dans l'atmosphère celluleuse périglandulaire, et fuse bientôt dans l'épaisseur du voile ainsi dédoublé.

L'affection débute dans l'amygdale et se termine dans le voile; proposition qui n'est pas absolue cependant. A quoi reconnaît-on le phlegmon constitué bon à ouvrir? et où faut-il l'ouvrir.

La collection purulente n'est pas formée avant le quatrième ou mieux le cinquième jour; elle nous a paru un peu plus précoce chez ceux prédisposés déjà par des abcès antérieurs; on ne se pressera donc pas trop d'aller à la recherche du pus à travers le voile. L'aspect du voile surtout est spécial; la moitié correspondante est d'un rouge sombre, et fortement bombée en avant; le gonflement de la luette et du pilier ne sont pas des indices suffisamment certains.

Enfin, l'abcès se caractérise par la production d'accès de douleurs pulsatiles, lancinantes, avec retentissement paroxystique dans l'oreille, douleurs presque incessantes, et ne laissant trêve au malade ni jour, ni nuit, jusqu'à ce que l'abcès soit formé (détente de la douleur paroxystique); les petits frissons erratiques, avec ou sans sueurs, sont bien moins constants dans le cas particulier.

L'existence de l'abcès certaine ou à peu près, comment convient-il de l'ouvrir ?

M. Ruault conseille d'aller à la recherche de l'abcès en séparant les adhérences de la tonsille et du pilier postérieur; il ménage ainsi le voile et contourne l'amygdale: mais cette manœuvre ne laisse pas que d'être un peu délicate et, pour être réussie, demande une certaine dextérité et instrumentation même; le malade bouge, se défend; le trismus gêne souvent aussi beaucoup l'opération: aussi l'incision directe, droit devant soi, nous semble-t-elle plus simple; d'ailleurs, une ouverture faite avec ménagements à travers le voile n'a pas grand inconvénient.

Chiari a bien précisé le point exact où doit se faire la ponction; il est situé transversalement sur une ligne qui prolongerait la base de la luette, souvent même un peu *au-dessus* de cette ligne; l'ouverture ne doit pas intéresser le relief du pilier antérieur, mais se porter franchement en dehors de lui, à 1 centimètre 1/2, 2 centimètres du sillon palato-amygdalien.

Muni de ce point de repère, l'ouverture devient facile.

Il suffit de plonger un bistouri bien affilé et pointu, protégé jusqu'à 1 centimètre de sa pointe, en plein voile, et d'un coup sec, rapidement on agrandit la plaie par en bas d'un bon centimètre: plus on va vite, et de main sûre, moins on fait mal au malade.

Le pus sort alors de lui-même, s'il est distant de moins de un centimètre de la surface du voile; sinon on introduit rapidement dans l'orifice une sonde cannelée rigide, tenue toute prête; et avec elle on va à la recherche du pus plus en arrière, ou au haut, en bas... suivant son siège; cette recherche est douloureuse, mais nécessaire toutes les fois qu'on n'attend pas de sentir la fluctuation nette, souvent tardive à percevoir.

Si malgré ces manœuvres, faites d'ailleurs avec des ménagements suffisants, on n'est pas tombé sur le foyer, on se garde d'insister, et plus d'une fois, dès le lendemain de l'intervention, on voit le pus sortir de lui même, ou à la simple introduction du stylet.

Dans les cas douteux, d'ailleurs, il est fort utile de rechercher le siège précis du pus par une ponction aspiratrice avec la seringue de Prayaz et une longue aiguille, enfoncée dans différentes directions et à une profondeur variable; on peut ainsi épargner à l'opéré des tâtonnements plus que désagréables.

Le pus s'écoule; on en favorise la sortie en élargissant l'ouverture avec la sonde cannelée; puis, on termine par une irrigation de la poche avec un liquide antiseptique tiède (liqueur van Swieten; résorcine...), on introduit dans le foyer une petite sonde en gomme; nous nous sommes aussi servi d'une grosse sonde d'Itard; et, par elle, on pousse doucement une injection avec la seringue, jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

Le malade se rince la bouche avec soin, pour la débarrasser du goût infect de son pus; et il ne reste plus qu'à faire des irrigations pour obtenir la guérison définitive.

Très souvent, le lendemain et le surlendemain, on doit entr'ouvrir à nouveau les lèvres de la plaie pour permettre l'écoulement de la suppuration formée après l'opération, et la tarir par une nouvelle injection.

Par précaution, même après fermeture de la plaie, on pratique encore des lavages de gorge et de bouche durant quelques jours, tant que le voile n'a pas repris à peu près son apparence normale.

Il nous reste à dire quelques mots enfin de la dernière partie de la tâche du médecin, qui doit être de prévenir autant que possible le retour de si pénibles accidents, car on sait combien sont fréquentes, presque inévitables, pourrait-on dire, dans une grande proportion des cas, les récidives.

Le point de départ des accidents est l'infection des cryptes de l'organe: supprimer ce dernier, plus nuisible qu'utile d'ailleurs en de pareils cas, telle est la préoccupation du médecin.

Si l'amygdale est franchement saillante et volumineuse, on la supprimera d'un coup, soit avec la guillotine, soit avec l'anse chaude, suivant les préférences.

Si elle ne présente qu'un médiocre volume, et offre, comme c'est le cas après des inflammations répétées, des adhérences solides aux piliers: amygdale enchatonnée, on séparera d'abord les adhérences à l'aide de la petite serpette *ad hoc*, puis on enlèvera l'amygdale par morcellement à l'aide de pinces coupantes; d'autres préfèrent la destruction ignée, et creusent dans le parenchyme même de l'organe plusieurs profonds sillons.

Tant que l'amygdale n'est pas détruite ou transformée en tissu de sclérose, dans sa totalité, on sera exposé à des rechutes: on devra donc s'attacher à ne ménager aucun îlot de l'organe, si caché fût-il, le succès définitif étant à ce prix.

On se souviendra aussi de l'influence des catarrhes rhino-pharyngiens et de l'existence des végétations adénoïdes sur la production des accidents tonsillaires et on y remédiera par les moyens appropriés: grattages, douches, pommades nasales, badigeonnages du cavum... la cavité buccale et le système dentaire sont aussi incriminables en maintes circonstances: on ne les négligera donc pas non plus dans le traitement prophylactique.

Les complications du phlegmon amygdalien sont fort rares: aussi ne nous y attarderons-nous pas; nous rappellerons seulement qu'on a plusieurs fois vu la fusée purulente d'une collection trop tardivement ouverte, se faire vers la région cervicale.

La conduite est toute tracée; il faut ouvrir l'abcès en son point le plus déclive, avec les précautions nécessitées par le voisinage d'organes délicats et dangereux, et drainer la cavité jusqu'à son assèchement: cette manière de faire est exactement celle que l'on doit adopter toutes les fois où un abcès rétro-pharyngien fuse lui aussi vers le cou, au lieu de rester bien limité; ce sont là des indications indispensables à ne pas méconnaître, mais d'exception.

OBSERVATION

Hernie crurale étranglée. Opération, résection de l'intestin. Guérison.

Par les Docteurs Elefteriades et S. Georgiades (de Smyrne).

Le 17 décembre, nous avons été appelés en consultation par le Dr Kyanides pour soigner la dame G..., atteinte d'un étranglement herniaire. Mme G... est âgée 65 ans et de faible constitution; elle porte, depuis plusieurs années, une hernie crurale gauche. Le 11 décembre, après un effort, elle sentit une vive

douleur du côté de sa hernie et fut obligée de s'aliter. Le médecin traitant employa tous les moyens pour réduire la hernie, mais ses tentatives restèrent sans résultat. Nous avons vu la patiente six jours après le début de l'étranglement et nous l'avons trouvée dans un état déplorable : douleurs vives, vomissements fécaloïdes, pouls imperceptible ; elle n'avait pas été à la selle depuis cinq jours. Devant cette situation extrêmement grave, nous jugeâmes urgent de pratiquer la kélotomie. Avec l'aide de nos confrères, MM. Kyanides et Vrionis, nous avons procédé à l'opération dans un milieu assez défectueux au point de vue de la propreté et de l'asepsie.

Après l'ouverture du sac, nous trouvons l'intestin rouge violacé et portant trois plaques de sphacèle larges comme une pièce de 50 centimes.

Vu la difficulté qu'il y avait dans ce cas de pratiquer l'anus lombaire et vu l'état de la malade, qui était critique, nous nous sommes décidés à pratiquer la résection de l'intestin sphacelé. Une portion de l'intestin mesurant 35 centimètres fut réséquée et une minutieuse application des sutures de Lembert au fil de soie réunit très exactement les deux bouts de l'intestin. Trois plans de sutures furent appliqués pour les téguments. L'opération a duré une heure trois quarts.

Suites opératoires: Régulières. On ordonne de l'opium avec diète complète. Le lendemain, la malade eut une évacuation abondante. Pas de fièvre. Deux jours après, selle sanguinolente. Les jours suivants, constipation qui fut vaincue par quelques lavements. La plaie opératoire se cicatrisa bien et vingt jours après l'opération, la guérison était complète.

Réflexions. — Nous ferons remarquer que le milieu dans lequel nous avons opéré laissait beaucoup à désirer au point de vue antiseptique et que l'état général de la malade était mauvais. Notre pronostic restait donc douteux ; néanmoins, la réussite a couronné nos efforts. La résection de l'intestin paraît une méthode de choix dans le cas où celui-ci est sphacelé.

L'imagination totale proposée par M. Guinard nous paraît beaucoup plus difficile et l'anus contre nature doit être réservé pour des cas exceptionnels.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février. — Présidence de M. Monod.

Traitement de l'hallux valgus.

M. Kirmisson. — M. Delbet nous a envoyé l'observation d'une malade atteinte d'*hallux valgus* double opéré et guéri par lui.

Il s'agissait d'une femme de 33 ans chez laquelle la déviation du gros orteil, probablement congénitale, causait une gêne considérable. Sur le gros orteil gauche, il y avait, et nous savons tous combien cela est fréquent, une bourse séreuse suppurative et fistuleuse. M. Delbet a tenté le 31 juillet 1895 la cure radicale de cette double lésion. Après avoir circonscrit et extirpé la bourse séreuse, il a fait une incision longitudinale sur le côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Il a ouvert cette articulation et fait une résection partielle de l'extrémité articulaire du premier métatarsien. Puis, il a essayé de produire la réduction de la difformité, mais sans succès. La cause de cette non-réduction était la rétraction du tendon extenseur du gros orteil. Ce tendon, dit M. Delbet, était la véritable corde de l'arc décrit par le gros orteil déformé : ce tendon n'était pas la cause de la déviation du gros orteil, mais il aggravait cette déviation.

C'est alors que M. Delbet a eu l'heureuse idée que voici : il a disséqué un lambeau fibro-périostique dans la partie interne de la plaie, attiré la corde tendineuse dans cette partie interne et créé, par vaginoplastie, une véritable gaine artificielle au tendon extenseur. La déformation s'est ainsi maintenue réduite, sans appareil. Puis, guérison rapide de la double déformation. La malade a été revue par M. Delbet le 12 novembre dernier. Il n'y a plus de déviation du gros orteil, l'état fonctionnel est très satisfaisant.

Vous savez quel est l'état actuel de la question du traitement de l'*hallux valgus*. On a proposé trois procédés opératoires : les uns ont fait, d'une manière peut-être un peu trop radicale, la résection totale de la tête du premier métatarsien ; les autres, avec Riedel, ont fait porter la résection sur l'extrémité métatarsienne de la première phalange du gros orteil, voulant ainsi conserver une extrémité osseuse, la tête métatarsienne, qui a la plus grande utilité dans la marche. Or, il suffit d'avoir fait l'anatomie pathologique de l'*hallux valgus* pour voir que c'est la tête métatarsienne et non la tête phalangienne qui est malade. Enfin, Jacques Rewerdin (de Genève), voulant réduire la difformité sans toucher à la luxation, a pratiqué plusieurs fois, avec succès, l'ostéotomie cunéiforme du premier métatarsien. C'est là, j'en conviens, un bon procédé, mais il a le défaut de laisser en place l'extrémité osseuse malade et, partant, de ne pas empêcher l'extension des lésions par la suppression de celles qui existent.

Le procédé que M. Delbet a suivi me semble être intermédiaire à ceux que je viens de rappeler. La priorité n'en revient pas à M. Delbet. Déjà, un chirurgien américain, M. Georges Powler, avait préconisé ce procédé. Mais ce qu'il est juste d'attribuer en propre à M. Delbet, c'est la gaine vagino-plastique artificielle qu'il a créée pour le tendon extenseur du gros orteil en pensant que ce tendon maintient et exagère la difformité, mais ne la crée pas.

L'idée de M. Delbet me paraît juste ; c'est d'ailleurs celle que j'ai exprimée dans le *Traité de chirurgie* à l'article des vices de conformation et difformités acquises des membres (*V. T. C.*, tome VIII, p. 1118).

Je ne puis cependant rien dire encore de la valeur du procédé de M. Delbet ; c'est la première fois que j'en vois l'application. Mais cette application a été heureuse et rien ne nous dit qu'il ne doive pas toujours en être ainsi, dans certains cas.

Il y a un point sur lequel M. Delbet ne nous a pas éclairés : c'est l'état actuel de la mobilité volontaire du gros orteil. A ce sujet, il y aurait lieu, me semble-t-il, de demander des renseignements complémentaires à M. Delbet.

M. Poirier. — Je ne pense pas que le tendon extenseur du gros orteil joue un rôle capital pour empêcher la réduction de l'hallux valgus, car ce tendon a une direction parallèle au premier métatarsien et au gros orteil. Mais un autre tendon, le tendon interne du muscle pédieux, plus actif que le tendon de l'extenseur, favoriserait davantage, selon moi, la déviation du gros orteil en dehors.

M. Routier. — Chez une danseuse, j'ai opéré, il y a un an, un *hallux valgus* du côté droit en enlevant, après décollement de la capsule et du périoste, ce qu'il était nécessaire d'enlever sur le métatarsien pour mettre le gros orteil dans la rectitude. Ma malade a parfaitement guéri et elle peut aujourd'hui faire de la bicyclette ; autrefois elle ne pouvait même plus marcher.

M. Reynier. — Depuis 1881, j'ai opéré en moyenne deux ou trois cas d'*hallux valgus* par an. J'en ai opéré chez de vieux malades, j'en ai opéré chez de jeunes sujets. Tantôt j'ai ouvert l'articulation et réséqué, tantôt j'ai fait l'ostéotomie.

Je crois que chez les gens âgés la rétraction tendineuse a moins d'importance que chez les jeunes sujets. Chez les premiers, c'est un phénomène secondaire à l'arthrite suppurative ; chez les seconds, cette rétraction m'a paru le plus souvent être congénitale.

Au point de vue thérapeutique, j'en suis arrivé à éviter autant que possible d'ouvrir l'articulation. On n'est jamais bien sûr de son asepsie dans ces conditions, surtout s'il existe des bourses séreuses suppurées et pustuleuses, et l'on s'expose très souvent à l'ankylose. C'est pourquoi je fais aujourd'hui la résection du métatarsien et j'ai des résultats plus satisfaisants.

M. Marchand. — J'ai obtenu de bons résultats sans toucher au tendon extenseur. Chez les jeunes enfants, je crois qu'il n'est pas besoin d'ostéotomie.

M. Félizet. — Il ne faudrait pas confondre les caractères que présente l'*hallux valgus* chez l'adulte et chez l'enfant. Chez les adultes, il y a, avant tout, une lésion arthritique qui nécessite l'ablation des exostoses et des parties malades. Chez les enfants, il y a une difformité due à un défaut d'ossification de l'os, quelque chose que je ne saurais trop comparer au genu valgum et qui peut pareillement se guérir par simple redressement, sans opération sanglante.

M. Schwartz. — Je veux simplement appuyer ce qu'a dit M. Reynier. Il m'est arrivé de faire l'ostéotomie et la suture osseuse. D'autres fois, j'ai fait la résection de la tête métatarsienne. Mais jamais je n'ai trouvé la rétraction du tendon extenseur.

M. le président. — Il m'est arrivé, une fois, de ne pouvoir réduire la difformité de l'*hallux valgus* parce que la traction de l'orteil en dehors était maintenue par le tendon de l'abducteur oblique du gros orteil.

M. Kirmisson. — Dans cette discussion, deux points ont été soulevés : l'un d'étiologie et de pathogénie, l'autre de médecine opératoire.

Au point de vue de l'étiologie, M. Poirier me paraît être trop partisan de la théorie mécanique. Je ne voudrais pas être aussi absolu que l'était mon maître, M. Verneuil, mais il me semble qu'il y a des cas où il faut accorder une place très grande à l'arthritisme et aux troubles de l'ossification comme dans le genu valgum.

Pour ce qui est du tendon extenseur, M. Poirier a bien exprimé mon opinion. Que la contracture tendineuse soit unique ou multiple, elle exagère la difformité, mais ne la crée pas.

Au point de vue opératoire, j'ai déjà dit quels avaient été les procédés déjà proposés. Je n'y reviens pas. Mais ce que je voudrais faire observer, c'est l'intérêt qu'il y aurait à ce que le traitement de l'*hallux valgus* fût mis à l'ordre du jour à la Société de Chirurgie. Vous penserez, comme moi, que cette difformité, très gênante pour beaucoup de travailleurs, mérite qu'on s'en occupe sérieusement.

Des injections préventives de sérum dans le tétanos.

M. Bazy a vu quatre cas de tétanos dans l'espace de moins d'un an, dans son service de l'hôpital Bicêtre. Dans chacun de ces cas, il a fait des injections curatives de sérum, mais sans succès, sauf une fois, où le trismus a disparu. Encore ce malade est-il mort, mais il paraît être mort d'infection autre que le tétanos. Ces quatre malades sont donc morts de tétanos. Nés dans des terrains tétanifères, on ne saurait dire, en effet, qu'ils se sont infectés successivement dans le service. Ni le temps ni les lieux ne sont en faveur de cette hypothèse.

Instruit par ces faits, M. Bazy a fait systématiquement, suivant les préceptes de M. Nocard, l'injection préventive de sérum antitétanique chez les malades atteints de plaie susceptible d'être un milieu tétanique. Il a injecté 0 gr. 10 de sérum. Il n'y a eu aucun accident ni local ni général. Depuis la mise en pratique de ces injections préventives, qui ont été faites sur 23 sujets, aucun cas de tétanos ne s'est montré à l'hôpital Bicêtre. Cependant M. Bazy ne veut pas conclure de ces faits que les injections préventives ont eu un effet certain. Seulement, il dit que, se trouvant dans un pays tétanifère comme l'est Bicêtre, il avait le devoir d'agir comme il l'a fait et il se propose de continuer cette pratique.

M. Lucas-Championnière. — Il me paraît, en effet, difficile de conclure d'après les faits de M. Bazy. Dans nos services, très encombrés, nous soignons toutes sortes de blessures, nous ne faisons pas d'injections préventives antitétaniques et cependant nous ne voyons pas de tétanos ou tout au moins nous en voyons rarement. La mise en pratique de ces injections me paraît d'ailleurs impossible dans nos services hospitaliers.

A propos de l'effet curatif des injections de sérum, je dois dire que j'ai vu récemment un cas de tétanos guérir à la suite de ces injections. M. Roux m'a dit que ce cas unique n'était pas probant. Cette action du sérum se renouvellera-t-elle ? Je n'en sais rien. Mais ce que je sais, c'est qu'il faut toujours la tenter.

M. Berger. — Il y a une discordance complète entre les résultats de la sérothérapie antitétanique publiés en France et à l'étranger. En Italie, en Angleterre, en Allemagne même, on a cité des cas indubitables de guérison par le sérum. En France, les résultats publiés sont toujours négatifs. Le cas de M. Lucas-Championnière est le seul succès que je connaisse. Donc, les injections curatives, à Paris du moins, paraissent inefficaces. Aussi suis-je déterminé à employer les injections préventives.

Néanmoins, j'aurai aussi souvent recours à l'amputation du membre porteur de la plaie, qui a servi de porte d'entrée au tétanos. C'est à la suite de l'amputation que j'ai pu guérir autrefois deux malades atteints de tétanos, traités par moi. Mais, évidemment, je ne conseille cette amputation que si l'amputation ne s'adresse qu'à un doigt par exemple, et non pas à un membre tout entier. Dans ces cas, on pourrait remplacer la destruction totale du membre par les grandes scarifications au fer rouge, par exemple.

Et, cependant, le traitement antitoxique a donné de bons résultats chez les animaux. Il est aussi d'une efficacité évidente dans la chirurgie coloniale. Il n'en est malheureusement pas de même pour nos malades des hôpitaux.

Il est vrai, aussi, que Bicêtre est un lieu tétanifère par excellence. A Bicêtre, j'ai vu, autrefois, trois cas de tétanos dans une année. Devant cette considération, je ne blâmerai pas M. Bazy d'injecter systématiquement du sérum antitétanique à ses blessés. Moi-même, tout en rejetant cette pratique de la chirurgie courante de nos hôpitaux, j'avoue que je la suivrai volontiers pour certaines catégories de plaies contaminées d'une certaine façon.

M. Marchand. — Le tétanos est chose rare ; à l'hôpital Saint-Louis, je n'en ai vu qu'un cas en l'espace de six années.

M. Quénu. — Je n'ai encore jamais vu de tétanos depuis près de six ans que j'ai mon service à l'hôpital Cochin.

M. Bazy. — Je n'ai pas voulu ériger des conclusions absolues. J'ai simplement établi certains faits de ma pratique et voulu donner les raisons qui, à Bicêtre, me faisaient agir ainsi.

M. Michaux. — J'approuve d'autant plus M. Bazy qu'un médecin d'Arcueil me disait, tout dernièrement, avoir vu douze cas de tétanos dans sa localité et dans les environs depuis trois ou quatre ans. Or, Arcueil est dans le voisinage de Bicêtre.

Présentation de pièce.

M. Segond a reçu de M. Barette (de Caen) le calcul de la seconde observation sur laquelle il a lu un rapport à la deuxième séance de la Société (Voir *Gazette Médicale* du 22 février 1896). C'est un calcul dur, c'est vrai. Mais M. Segond maintient que l'on aurait pu tenter de broyer ce calcul avant de l'extirper par la taille et qu'il était impossible, par le résonnateur seul, de déterminer si ce calcul était ou n'était pas trop dur pour la lithotritie.

Présentation d'instruments.

M. Segond présente une aiguille à suture, fabriquée par M. Collin, et qui n'est que le perfectionnement de l'ancienne aiguille à encoche inventée par lui. Il existe deux rainures laté-

rales dans lesquelles se loge le fil à suture lorsqu'on retire l'aiguille des tissus. M. Segond est émerveillé de l'emploi de cette nouvelle aiguille.

M. Routier présente une table d'opération démontable que M. Priolo (de Brives) a fait construire pour les praticiens.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1896.

Tumeurs anévrysmatiques des os.

M. Péan fait à ce sujet une communication, où, après avoir constaté la rareté de ces tumeurs, niées même par Nélaton et Robin, qui les confondaient avec les sarcômes kystiques et les tumeurs à myéloplaxes, il cite deux observations se rapportant à ce genre de tumeurs.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de cinquante ans qui avait une tumeur violacée et pulsatile sur la voûte palatine. Cette tumeur était de petit volume; elle était le siège d'hémorrhagies abondantes. J'intervins, enlevai toute la portion dure du palais, dépassant les limites de la tumeur. Il jaillit un fort jet de sang. La guérison persista. M. Brault, par l'examen histologique, vit qu'il s'agissait là d'un tissu angiomateux, provenant de l'os et des parties molles.

Dans l'autre cas, une jeune fille de quatorze ans avait une tumeur érectile de la région sous-orbitaire. J'enlevai toutes les parties molles jusqu'au périoste, et sectionnai tous les gros vaisseaux dilatés de ce périoste. Le tissu enlevé était formé de vaisseaux dilatés, sans éléments sarcomateux.

Les anévrysmes des os, extrêmement rares, ne doivent donc pas se confondre avec les sarcômes et les myéloplaxes. Ils peuvent être accompagnés d'angiômes des parties molles.

L'existence d'un anévrysme de l'os devra être soupçonnée lorsque l'angiôme des parties molles recouvre un os superficiel, succédant à un traumatisme, se développant vite, avec hémorrhagies répétées et graves. L'ablation seule de la tumeur permettra d'affirmer sa nature.

Pour prévenir la récidive, il faut faire l'ablation complète du tissu morbide.

Mortalité dans les départements déboisés.

M. Marty lit un rapport sur un travail de M. Jeannel. Il y est démontré combien graves sont les conséquences du déboisement aux différents points de vue géologique, météorologique et hygiénique.

Les recensements faits depuis 1871 montrent en effet que dans les trente départements déboisés, la natalité est en diminution progressive. D'autre part, la mortalité y a été neuf fois plus forte que dans les autres départements.

Variété de spina-bifida et de méningocèles crâniennes.

M. Kirmisson croit devoir faire un groupe spécial parmi les méningocèles crâniennes et les spina-bifida de certaines tumeurs d'apparence myxomateuse.

Il se base sur deux observations. Dans l'une, il s'agissait d'un enfant athrepsique qui, au niveau de la fontanelle postérieure, présentait une tumeur transparente et non réductible, comme une méningocèle. A l'autopsie, on vit une masse solide, d'aspect myxomateux, adhérente à la fontanelle. sans communication avec l'intérieur du crâne. Dans l'autre, c'était un spina-bifida de la région lombaire, dont la cavité ne communiquait pas avec le canal rachidien. La tumeur, examinée histologiquement, ressemblait à un myxome.

Ce genre de tumeur est irréductible, et ne s'accompagne pas de troubles nerveux; ce fait les distingue des autres méningocèles crâniennes et des autres genres de spina-bifida.

L'anatomie pathologique montra ces tumeurs formées par un tissu cellulaire infiltré par de l'œdème, sans éléments nerveux, sans cavité kystique qui communique avec le canal rachidien de la cavité crânienne. Enfin, les méninges envoient un prolongement à l'intérieur de ces tumeurs.

Traitement des kystes hydatiques de l'abdomen.

M. Duplay lit un rapport sur un travail de M. Delbet portant sur un traitement spécial des kystes hydatiques de l'abdomen. Ce traitement est une modification des procédés de Thornton et de Billroth.

On ouvre la poche, on enlève la vésicule mère et les vésicules filles. Quant à la membrane adventice et à la couche du tissu où s'est développé le kyste, si leur rétraction ne peut être espérée, on en fait le capitonnage. Pour cela, on emploie des aiguilles très courbes que l'on fait entrer et sortir par la même face de la même paroi. L'aiguille doit être enfoncée profondément, afin que le catgut, que l'on choisira très gros, prenne dans son anse beaucoup de tissu. Par ce moyen on fait des capitons qui comblent la cavité du kyste.

Ensuite, on suture les lèvres de cette cavité, et on réduit le kyste ainsi transformé dans l'abdomen en fermant la plaie.

M. Delbet accompagne la description de son procédé d'une observation. La malade sur laquelle l'opération a été faite a guéri en quinze jours, et au bout d'un mois la poche a été assez rétractée pour qu'on ne puisse presque plus la sentir.

Contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

M. Ferrand rappelle que la tuberculose ne reconnaît pas seulement comme cause la contagion, mais que l'hérédité doit aussi entrer en ligne de compte. A l'appui de sa thèse, il cite l'exemple d'individus qui ont parfaitement résisté à la contagion; il montre aussi que, d'après les statistiques des compagnies d'assurances, la mortalité par suite de la tuberculose jusqu'à l'âge de soixante-dix ans est surtout marquée chez des gens de souche tuberculeuse.

Aussi devra-t-on surtout prendre des précautions d'hygiène à l'égard des gens qu'une prédisposition héréditaire porte à la tuberculose. Parmi ces précautions, l'une de celles qu'il faudra tout d'abord réaliser, c'est l'emploi de crachoirs antiseptiques. Ainsi s'évitera la dissémination des bacilles de Koch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 février.

Un cas de neuro-fibromatose généralisée.

M. P. Marie. — Je vous présente un malade qui offre sur toute la surface du corps des taches pigmentaires, extrêmement abondantes, de volume variable et à contours plus ou moins irréguliers. Ces taches ne font défaut qu'à la paume des mains et à la plante des pieds.

Cet homme est porteur, en outre, d'un nombre considérable de petites tumeurs, molles ou dures, les unes intradermiques, les autres sous-dermiques et de quelques petits nævi vasculaires.

Le type clinique que représente ce malade est assez fréquent: il s'agit d'une affection bien décrite par von Recklinghausen sous le nom de neuro-fibromatose généralisée.

J'ai examiné un certain nombre des tumeurs de mon malade, et, contrairement à ce qui a été observé par von Recklinghausen, je n'y ai pas trouvé d'éléments nerveux. Ceux-ci ont-ils existé à un moment donné et ont-ils disparu ensuite, étouffés par le processus fibreux? Je ne saurais le dire, mais je tenais à signaler le désaccord qui existe au point de vue anatomo-pathologique entre les résultats de mes examens et ceux de von Recklinghausen.

Un autre point intéressant, c'est que l'affection de mon malade, contrairement à ce qui se voit d'habitude, ne paraît pas être d'origine congénitale, puisque c'est à l'âge de vingt-sept ans seulement qu'elle a débuté.

M. Mathieu. — J'ai vu l'an dernier un sujet qui présentait des lésions absolument semblables à celles du malade de M. Marie, et son frère était, paraît-il, atteint de la même affection.

De la pathogénie de l'appendicite.

M. Talamon. — Dans l'avant-dernière séance, M. Dieulafoy a fait une communication sur la théorie pathogénique de l'appendicite et soutenu que les recherches auxquelles il s'était livré lui avaient permis d'« édifier » la théorie de l'« appendicite par cavité close ». Or, je tiens à faire remarquer que, dès 1882, j'avais proposé la même explication des phénomènes de l'appendicite et montré que l'oblitération de ce canal avait pour conséquence l'accumulation des produits de sécrétion de ses parois et la pullulation des bactéries contenues dans son intérieur. Depuis, je suis revenu à diverses reprises sur cette question et j'ai établi que, suivant la qualité et la virulence des microbes emprisonnés dans l'appendice, l'intensité du processus inflammatoire pouvait varier depuis la simple exsudation jusqu'à la perforation et à la gangrène totale.

Pour mieux préciser mon idée, j'ai comparé les accidents de l'appendicite à ceux de la lithiase biliaire; et pour en montrer les analogies, j'ai créé le mot de *colique appendiculaire*.

Cette théorie pathogénique est donc de tous points identique à celle que nous a exposée M. Dieulafoy.

De l'urobilinurie.

M. Hayem. — Au cours de la dernière séance, M. Hanot nous a dit qu'il avait constaté une diminution notable de l'urobilinurie chez les tuberculeux qu'il avait soumis à l'usage de la créosote ; les recherches que je viens de faire confirment les observations que j'avais moi-même présentées à ce sujet.

Il résulte de ces recherches que l'urobilinurie ne s'observe jamais dans les tuberculoses simples exemptes de complications. On ne constate d'urobilinurie que chez les malades qui présentent des altérations du foie : c'est dans le foie, en effet, et non dans l'intestin, que l'urobiline prend naissance. Quant à la créosote, loin de lui accorder la propriété de s'opposer à la formation de l'urobiline, je serais plutôt tenté d'admettre qu'elle en favorise la production, car presque tous les tuberculeux qui prennent de la créosote deviennent tôt ou tard des gastropathes et, plus tard, des hépatiques. Je persiste donc à dire que la diminution ou la disparition de l'urobilinurie chez les tuberculeux hospitalisés tient beaucoup plus aux nouvelles conditions hygiéniques dans lesquelles ils sont placés qu'à l'administration de la créosote.

M. Hanot. — Je crois, comme M. Hayem, que l'urobilinurie ne s'observe que chez les tuberculeux présentant des complications hépatiques ; comme je l'ai dit dans la dernière séance, j'ai vu l'urobilinurie diminuer et disparaître chez ceux de ces malades qui avaient été soumis à un traitement créosoté, mais j'avoue que mes observations ne sont pas assez nombreuses pour me permettre d'affirmer que c'est bien à la créosote et non à un autre facteur qu'il faut rapporter l'atténuation des processus urobilinuriques.

M. Chantemesse. — Je pense également, d'après les faits expérimentaux qu'il m'a été donné d'observer, notamment chez le cheval, que l'urobiline est bien plutôt sous la dépendance du foie que sous celle de l'intestin.

Desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.

M. Comby. — Sur 31 cas de fièvre typhoïde traités l'année dernière à l'hôpital Trousseau, la desquamation a toujours été rencontrée quand elle a été cherchée, sauf dans deux cas mortels.

La desquamation ne s'observe qu'au moment de la défervescence ou quelque temps après. Elle n'est, du reste, pas spéciale à la fièvre typhoïde, et on peut la rencontrer aussi à la fin d'autres maladies aiguës (pneumonie, pleurésie, rhumatisme, etc.)

D'après mes observations, cette desquamation est la conséquence d'une poussée de sudamina ; elle partage donc l'importance et la valeur séméiologique de cette éruption banale.

Abcès consécutifs à des injections de caféine.

M. L. Guinon communique les observations de deux malades atteints de pneumonie compliquée de pleurésie purulente, chez lesquels il a noté des abcès consécutifs à des injections de caféine. Ces injections avaient été pratiquées aseptiquement, et le pus des abcès qu'elles ont provoqués ne contenait que des pneumocoques à l'état de pureté.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 février.

De la greffe et de la régénération.

M. Giard. — Différentes expériences m'ont montré que, en dépit de l'opinion qui voit un antagonisme entre la greffe et la régénération, on peut aller jusqu'à obtenir des combinaisons autoplastiques, homoplastiques et hétéroplastiques.

Une simple incision ne peut quelquefois, il est vrai, être cicatrisée chez des animaux doués d'une grande puissance régénératrice. Dans ce cas, l'incision est abandonnée à elle-même, ou ce sont des raisons mécaniques qui s'opposent à la cicatrisation, comme des dispositions musculaires spéciales qui déterminent des rétractions et des constrictions empêchant l'affrontement des deux lèvres de la plaie.

L'aptitude à la régénération se fait aussi chez les végétaux et elle peut être combinée parfois à la greffe par approche.

La greffe et la régénération, au lieu d'être antagonistes, ne sont que deux modes différents de la tendance qu'a la matière vivante à constituer des complexes organiques le mieux équilibrés possible.

Traitement de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

M. Gréhant. — Un chien ayant respiré de fortes quantités d'oxyde de carbone, sa respiration fut arrêtée en moins d'une minute.

Par l'emploi de la respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue et de l'insufflation intermittente d'oxygène, quelques minutes plus tard, le chien respirait de nouveau.

Ces trois moyens sont ceux qu'il convient le plus de conseiller dans les cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Réaction chimique du colibacille.

M. Grimbert a vu le bacterium coli agir sur les matières sucrées isomères. C'est là une propriété qu'il partage avec le pneumobacille.

Il produit avec le lactose de l'acide succinique. Ensemencé dans le glucose, il donne de l'acide lactique sans acide succinique, comme le pneumobacille de Friedlander.

Réaction chimique du pneumobacille.

M. Grimbert. — Le pneumobacille de Friedlander, comme je l'ai montré, donne des produits différents suivant la nature du sucre qu'il fait fermenter.

Mes expériences nouvelles ont porté sur deux isomères du mannite et de la dulcite : la xylose et l'arabnose.

La xylose fermente plus lentement que l'arabnose. Celle-ci ne donne ni alcool ni acide succinique, mais de l'acide lactique lévogyre. La xylose donne de l'alcool et de l'acide succinique, avec traces d'acide lactique gauche.

Circulation du sang dans l'excitation mentale.

M. G. Dumas. — J'ai étudié la circulation du sang chez différents malades atteints d'excitation mentale.

Je me suis d'abord adressé à des paralytiques généraux en excitation délirante. Chez eux, j'ai vu de l'hypotension artérielle, la tension artérielle étant à peine de dix à douze centimètres cubes de mercure à la radiale. Le pouls capillaire était très marqué. Il donnait un tracé ondulé constant, sans doute dû à une paralysie des vaso-constricteurs. Par elle s'explique la vasodilatation périphérique, l'abaissement de la pression et l'accélération du pouls. C'est elle aussi qui peut expliquer l'hyperthermie cérébrale avec le délire comme conséquence.

J'ai ensuite étudié ces phénomènes chez de gens atteints de délires chroniques de grandeur, chez des maniaques, des sujets normaux mentalement excités. Ici j'ai trouvé une tension supérieure à la moyenne, atteignant dix-neuf centimètres cubes de mercure. Le pouls capillaire disparaissait, et donnait un tracé rectiligne sous l'influence d'une piqûre.

Pour interpréter tous ces symptômes, j'ai recherché les effets primitifs et immédiats des excitations émotives à Saint-Lazare, chez les détenues après l'ordre de mise en liberté.

La tension baissait quelques secondes, pendant que le pouls montait. Puis la tension se relevait, pendant que le pouls descendait. Le pouls capillaire se manifestait après des phénomènes de vaso-constriction périphérique, constatés par Monod au début des excitations mentales.

Il y a donc deux groupes d'excitation mentale : les unes à hypotension d'origine organique, les autres à hypertension d'origine mentale. Toutes deux ont l'hyperhémie comme caractère commun.

Motricité stomacale et transit des liquides à l'état pathologique.

M. Mathieu — J'ai appliqué la méthode de la mesure de la motricité stomacale pour l'estomac sain à l'estomac pathologique.

Par les tracés que j'ai faits, on arrive à connaître la séméiologie et la physiologie pathologique dont les différents facteurs sont représentés et évalués.

Grâce à ces données, on peut étudier la dyspepsie dans ses différentes formes, en même temps que se rendre compte des différentes médications et de leur action.

De la pigmentation dans les greffes épidermiques.

M. Carnot et **Mlle Deflandre.** — En étudiant l'influence de la pigmentation sur l'évolution des greffes, nous avons obtenu les résultats suivants, par greffe de peau noire sur de la peau blanche, et de peau blanche sur de la peau noire.

Nous avons vu que la greffe pigmentée conserve sa pigmentation, et que celle-ci est même en extension ; d'autre part la greffe blanche sur une peau pigmentée ne prend pas ou disparaît vite. La greffe noire d'épiderme produit des poils noirs. La greffe de poils noirs produit de l'épiderme noir. La pigmentation épidermique chez les mammifères paraît une propriété cellulaire.

Coloration des tissus envahis par les champignons parasites.

M. Mangin. — J'ai pu mettre en évidence de très petites traces de parasites, parce que la callose a des réactions colorantes spéciales et différentes de celles de la cellulose (on sait que la callose se voit souvent dans la membrane des champignons).

On fait d'abord agir sur les tissus de l'acide chlorhydrique mélangé de chlorate de potasse, puis de la potasse ou de la soude caustique en solution alcoolique concentrée.

Les tissus seront colorés par différentes méthodes, suivant le cas : Ou bien on se servira d'un mélange d'orseilline et de bleu d'aniline ; ou bien on emploiera un mélange de brun vésuvien acide et de bleu d'aniline ; ou bien enfin on aura recours à un mélange de rosazurine et de benzoblen noir.

Crampe professionnelle symptomatique du mal de Bright.

M. Pierre Bonnier. — On sait que différentes professions exposent aux crampes dans certains cas, et que la crampe se rencontre aussi au cours de certaines affections, comme le mal de Bright. Dans ces conditions on peut être amené à se demander si quelquefois la crampe professionnelle n'apparaît pas précisément chez des brightiques.

A l'appui de cette thèse, je pourrai citer le cas d'un télégraphiste, se servant sept heures par jour de l'appareil Morse. Il eut une crampe dans la main droite en même temps que se montraient des symptômes de brightisme. Bientôt après se manifesta de la surdité de l'oreille droite accompagnée de vertiges.

Ce malade fut naturellement soumis au régime lacté. Le pouce qui était resté contracturé, malgré tous les traitements, se dégagea déjà un peu en huit jours, et faisait un véritable mouvement d'opposition quinze jours après le traitement.

Suspendait-on le régime lacté, la crampe revenait pour disparaître de nouveau sous l'influence du régime. Le mal de Bright, d'ailleurs, continua à suivre son cours.

La crampe professionnelle a été nettement symptomatique du mal de Bright dans le cas actuel. Il faudrait voir dans d'autres cas de crampes professionnelles si elles ne sont pas un signe avant-coureur du mal de Bright.

Maladie d'Addison expérimentale.

M. Boinet. — A la suite des lésions des capsules surrénales chez le rat, le pigment noir peut s'accumuler dans le sang et s'infiltrer dans les organes et les tissus. C'est une véritable infiltration pigmentaire, une maladie d'Addison expérimentale.

On retrouve le pigment noir dans le sang, quelquefois du moins. On retrouve aussi le pigment dans le tissu cellulaire souscutané de certains rats acapsulés.

Réparation de la fatigue.

MM. Richet et **Loteyko** ont établi expérimentalement les deux lois de physiologie générale suivantes :

a) Des échanges actifs entre l'oxygène de l'air et le muscle ont lieu même en l'absence de circulation. Le fait a été établi expérimentalement chez la grenouille.

b) La réparation de la fatigue est due à un phénomène d'oxydation.

Terminaison inférieure du faisceau pyramidal.

MM. Déjerine et **Thomas.** — Par l'examen du bulbe et de la moelle en coupes par séries, chez cinq hémiplégiques avec dégénérescence secondaire totale de la pyramide, nous avons vu que les fibres pyramidales descendent dans la moelle épinière beaucoup plus bas qu'on a l'habitude de le supposer. Dans quatre cas anciens, en effet, nous avons pu suivre la dégénérescence du faisceau pyramidal croisé jusqu'au niveau des troisième et quatrième paires sacrées et la dégénérescence du faisceau pyramidal direct jusqu'à la première paire lombaire exclusivement.

Des fibres pyramidales homolatérales.

MM. Déjerine et **Thomas.** — Deux cas d'hémiplégie d'origine cérébrale nous ont permis de reconnaître que, dans certains cas, le faisceau pyramidal ne se contente pas de fournir les deux faisceaux croisé et direct, mais qu'il donne encore un certain nombre de fibres au cordon latéral du même côté. Nous appelons ces fibres du nom de fibres pyramidales homolatérales. Chez le cheval et le singe, ces fibres ont déjà été vues, mais pas encore chez l'homme.

Action générale des antitoxines.

M. Charrin. — Les toxines microbiennes sont annulées par les antitoxines, par suite d'antagonismes physiologiques et non par suite d'antagonismes chimiques. Ces faits ont été établis par MM. Bouchard, Gley et moi-même. Ainsi, l'antitoxine empêche la vaso-constriction produite par la toxine, mais sans détruire celle-ci.

Atténuation des toxines par les courants électriques.

MM. d'Arsonval et Charrin. — Nous avons pu, par des courants de haute fréquence, atténuer les toxines à des degrés divers, et les transformer en vaccins variables comme énergie. Ces atténuations sont différentes suivant l'énergie du courant, et aussi la durée de l'électrisation.

Il sera donc possible sans doute d'arriver à atténuer directement les toxines dans l'organisme, et cela sans tuer les cellules et les tissus. Les milieux sont rendus par ce moyen peu favorables à l'évolution des infections, ainsi que nous l'avons constaté.

THÉRAPEUTIQUE

Des poudres de viande. — Leur emploi.

Tarajo, carne secca, pemmican, sont les noms de préparations de poudre de viande très en vogue depuis de nombreuses années déjà dans l'Amérique du Sud.

En France. Louvois fit le premier, en 1775. un essai de ces poudres, essai qui fut repris pendant la guerre de Crimée, en 1856. Ces dernières tentatives, il faut l'avouer, ne furent pas heureuses. Mais quel chemin parcouru depuis cette époque!

Aujourd'hui, grâce aux perfectionnements des procédés de fabrication, grâce aussi aux soins consciencieux apportés dans le choix des animaux qui servent à la fabriquer, la poudre de viande s'est imposée non seulement en thérapeutique, mais dans l'alimentation : on fait, en Allemagne, un usage presque courant d'une préparation connue sous le nom de *carne pura;* on la vend dans l'industrie par cartouches de 50 grammes servant à la confection d'un potage qui, par ses éléments nutritifs, remplace facilement un repas.

En France, la poudre de viande Trouette-Perret offre toutes les garanties désirables et si, malgré les avantages qu'elle présente en tant qu'aliment excessivement riche en principes protéiques, d'une facile digestion et d'une assimilation parfaite, il n'est encore que peu dans les coutumes de s'en servir dans l'alimentation ordinaire, il n'en est pas moins vrai que, dans la thérapeutique, cette préparation s'est acquis un rang de premier ordre. Les hôpitaux militaires et les hôpitaux civils en font une consommation qui ne fait que progresser dans la plupart des maladies chroniques, dans les convalescences et surtout dans les maladies où la suralimentation est indiquée.

La grande faveur dont jouit la poudre de viande de Trouette-Perret est due aux soins tout particuliers avec lesquels elle est préparée. Sans aucune odeur, d'une saveur agréable, elle est excessivement bien tolérée, d'une assimilation facile et d'une valeur alimentaire incomparable. L'examen microscopique y fait découvrir des fragments de fibres striées en abondance; par contre, on n'y trouve pas trace de bactéries; desséchée à 100°, elle donne en moyenne 14 0/0 à 17 0/0 d'extrait sec; de plus, elle contient, en quantité notable, l'azote, les matières grasses, les lactates, les phosphates, les matières extractives et aromatiques indispensables à la nutrition et à une bonne digestion.

La poudre de viande de Trouette-Perret représente 5 fois son poids de viande crue; 100 grammes de poudre représentent donc comme valeur nutritive 500 grammes de viande fraîche.

Les applications de la poudre de viande en thérapeutique sont très nombreuses. Est-il nécessaire de rappeler le parti que Debove a tiré de cet aliment-médicament dans la tuberculose? Il est aujourd'hui admis par tous les praticiens qu'un des moyens les plus rapides et les plus sûrs de guérir les tuberculoses chroniques à marche torpide, apyrétiques, est la suralimentation par les poudres de viande de Trouette-Perret; on les fait prendre dans du chocolat, dans des grogs, incorporées à des sirops, etc., et on évite ainsi la méthode désagréable du gavage. Sous l'influence de cette suralimentation on voit rapidement disparaître l'anorexie; la nutrition se faisant mieux, toutes les fonctions auparavant languissantes se relèvent et on assiste pour ainsi dire à une résurrection complète des malades.

En même temps que renaît l'appétit, les sueurs cessent, le sommeil devient possible et réparateur, l'amaigrissement fait place à un embonpoint marqué; ces modifications dans l'état physique agissent sur le moral du malade, et on arrive peu à peu à si bien modifier le terrain de culture du bacille tuberculeux que la guérison ne devient plus qu'une question de persévérance dans toutes les mesures hygiéniques ordinairement prescrites en pareille circonstance.

La suralimentation par le tube de Debove est rarement employée aujourd'hui grâce à la facilité avec laquelle on peut administrer par la bouche les poudres de viande de Trouette-Perret, dépourvues d'odeur et possédant une saveur plutôt agréable. Cependant, chez les tuberculeux qui ont une anorexie profonde ou qui vomissent leurs aliments en toussant, il sera utile de recourir au gavage en commençant le traitement.

Dans la plupart des autres cas où l'usage de la poudre de viande est indiqué, on arrivera toujours à faire prendre la préparation de Trouette-Perret, soit dans un bol de lait ou de bouillon, soit dans un sirop de punch ou dans un grog simple, soit dans du thé, du chocolat ou dans un potage au tapioca. C'est ainsi que l'on l'administrera dans les cas de dyspepsies, d'ulcère de l'estomac, d'entérite, de cancers de l'estomac; dans les convalescences, surtout dans celles consécutives à la fièvre typhoïde, dans l'anémie et dans la chloro-anémie, etc., etc. Dans la croissance rapide de certains enfants, la poudre de viande interviendra souvent avec profit, en livrant à l'organisme sous une forme très facilement assimilable un aliment complet, riche en matières protéiques, en matières hydro-carbonées et en phosphates.

Dr Lyonais.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 2 AU 7 MARS 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 mars, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Tuffier, Varnier. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Widal. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Terrier, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Landouzy, Gilles de la Tourette.

Mardi 3 mars, à 1 heure. — 4e : MM. Proust, Ménétrier, Wurtz. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Dieulafoy, Hutinel, Marie.

Mercredi 4 mars, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Marchand, Poirrier, Walther.

Jeudi 5 mars, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Berger, Bar. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Roger, Wurtz.

Vendredi 6 mars, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Wurtz. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Delbet, Broca. — 5e (2e partie), Chirurgie, Charité : MM. Straus, Potain, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 7 mars, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Chassevant. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Albarran, Hartmann. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Dieulafoy, Chantemesse. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 4 mars, à 1 heure. — *M. Bonju* : Extirpation des kystes de l'épididyme (MM. Tillaux, Tuffier, Poirier, Broca). — *M. Suries* : L'anesthésie dans la chirurgie oculaire (MM. Tillaux, Tuffier, Poirier, Broca). — *M. Moreau* : Contribution à l'étude des abcès rétropharyngiens (MM. Tillaux, Tuffier, Poirier, Broca). — *M. Le Fournier* : La mort dans l'hystérie (MM. Fournier, Terrier, Delbet, Gilles de la Tourette). — *M. Auscaler* : Contribution à l'étude du traitement électrique des fibrômes utérins (MM. Terrier, Fournier, Delbet, Gilles de la Tourette).

Jeudi 5 mars, à 1 heure. — *M. Eichmaller* : Notes sur la lèpre en Islande; recherches sur l'étiologie (MM. Dieulafoy, Debove, Charrin, Marfan). — *M. Grèzes* : L'antisepsie médicale dans les pavillons de rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés en 1895 (MM. Debove, Dieulafoy, Charrin, Marfan). — *M. Clamouse* : Rectite chronique hypertrophique (MM. Duplay, Hutinel, Nélaton, Hartmann). — *M. Louart* : De la fracture de Dupuytren avec cal vicieux et de son traitement (MM. Duplay, Hutinel, Nélaton, Hartmann). — *M. Hannebelle* : Contribution à l'étude du traitement de la syndactylie congénitale (MM. Duplay, Hutinel, Nélaton, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Cours de médecine opératoire.

M. le professeur Terrier commencera le cours de médecine opératoire le mercredi 4 mars 1896, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours complémentaire de pathologie externe.

M. Lejars, agrégé, commencera ce cours complémentaire le mercredi 4 mars 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de physique biologique.

M. le professeur Gariel commencera le cours de physique biologique le jeudi 5 mars 1896, à midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, samedis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La méthode graphique dans les sciences biologique. Mécanique animale. Etude de l'action moléculaire, principalement dans les corps organisés. Applications de la chaleur en physiologie et en médecine. Effets des radiations, principalement sur les êtres vivants.

Cours de pathologie interne.

M. le professeur Dehove commencera le cours de pathologie interne le jeudi 5 mars 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours d'hygiène.

M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le jeudi 5 mars 1896, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale.

M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 6 mars 1896, à 4 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie pathologique.

M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mercredi 4 mars 1896, à 2 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Des démonstrations pratiques, gratuites, auront lieu, avant chaque conférence, de 1 h. 1/2 à 2 heures, à partir du vendredi 6 mars, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences sur les maladies de la peau.

M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 1er mars 1896, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Objet du cours : Dermatoses diathésiques et pathogénétiques.

Conférences de pathologie interne.

M. Achard, agrégé, commencera ces conférences le mercredi 4 mars 1896, à 4 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Conférences d'histologie.

M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie le vendredi 6 mars 1896, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Exercices pratiques de médecine opératoire.

1° A l'Ecole pratique, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris;

2° A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux (rue du Fer-à-Moulin, n° 17), sous la direction de M. Quénu, agrégé, directeur des travaux scientifiques dudit amphithéâtre.

Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront:

1° A l'Ecole pratique de la Faculté, le lundi 16 mars 1896;

2° A l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, le mardi 10 mars 1896.

Ils auront lieu tous les jours, à 1 heure.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de 4e année, en vue de la 16e inscription.

Les étudiants pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de 4e année seront inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1896 (14e inscription);

2° Les élèves pourvus de 16 inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de 14 inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir;

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures, avant le 5 mars. Après cette dernière date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (bureau central).

Voici le sujet de la composition écrite : *Paralysie infantile.*

La première séance de lecture a eu lieu le 26 février, à 8 heures du matin, à l'Administration centrale.

Hôpital Beaujon.

M. Fernet : conférence clinique tous les dimanches à 10 heures, à partir du 1er mars (amphithéâtre de chirurgie).

Concours d'accouchement.

Un concours par la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux et hospices s'ouvrira le 4 mai 1896. Se faire inscrire du 30 mars au 17 avril.

Amphithéâtre d'anatomie.

MM. les internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 13 avril 1896, sous la direction de M. le docteur Quénu.

Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés au maniement du microscope.

NOUVELLES

L'attention du ministre de l'instruction publique a été appelée sur les inconvénients qui résultent de l'application des dispositions de l'article 23 du décret du 30 juillet 1883, qui détermine la procédure à suivre, en ce qui concerne le transfert des dossiers des étudiants voulant passer d'une Faculté ou école dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions précédemment prises et celui des examens déjà subis.

Dans le but de remédier à ces inconvénients, particulièrement graves, lorsqu'il s'agit d'étudiants transférés à la Faculté de médecine de Paris au cours de l'année scolaire, c'est-à-dire au moment où le stage est complètement organisé et alors que tous les étudiants sont distribués dans divers services hospitaliers, M. Combes, après avoir pris l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique, vient de décider d'adopter les mesures suivantes :

Les demandes de transfert en vue d'une nouvelle année scolaire devront être produites assez à temps pour que le transfert des dossiers puisse avoir lieu avant le 15 octobre.

D'autre part, les demandes de transfert formées au cours de l'année scolaire seront soumises à un double avis : celui de la faculté ou école que l'étudiant veut quitter, celui du doyen de la Faculté de médecine de Paris. Dans le cas où l'étudiant ou sa famille n'accepterait pas la suite donnée à la demande, il en serait référé au ministre de l'instruction publique.

La pétition des étudiants.

La pétition concernant les étudiants étrangers et l'exercice de la médecine en France par les médecins étrangers est déposée : 1° Chez le concierge de l'Ecole pratique (entrée du musée Dupuytren) ;
2° Chez L. Fayet, libraire, 8, rue de l'Odéon ;
3° Chez Chamuel, éditeur, 5, rue de Savoie. Les adhésions de province doivent être envoyées à cette dernière adresse ;
4° Dans toutes les salles des gardes des hôpitaux de Paris.

Nous prions nos camarades que la question intéresse de se joindre à nous en nous apportant leur signature dans le plus bref délai possible.

Concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, institué par l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888.

Ainsi que l'annonçaient des avis insérés aux numéros du *Journal officiel* des 23, 30 janvier, 6 et 11 février 1896 et dans les recueils des actes administratifs des préfectures du chef-lieu de chacune des régions déterminées par l'arrêté ministériel du 14 avril 1894, un concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Montpellier le 5 mai prochain ; à Toulouse, le 8 mai ; à Paris, à Bordeaux et à Nancy le 11 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions énumérées dans les avis publiés aux dates ci-dessus rappelées et qui désirent subir les épreuves du concours devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du dix avril prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après :

1° Acte de naissance.

2° Certificat constatant que le candidat a accompli le stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital.

3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'intérieur à prendre part au prochain concours en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Chemin de fer d'Orléans.

FÊTES DE PAQUES A MADRID.

A l'occasion des Cérémonies de la Semaine Sainte et des Fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec les Compagnies du Midi de la France et du Nord de l'Espagne, délivrera du 25 mars au 4 avril 1896, au départ des gares de Paris, Orléans, Le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, des billets aller et retour de 1re classe pour Madrid, au prix réduit et uniforme de 200 francs, avec faculté d'arrêt en France, à Bordeaux, à Bayonne et à Hendaye ; et, en Espagne, à tous les points du parcours.

Ces billets seront valables pendant 20 jours et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe Sud-Express, à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet, c'est-à-dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

NOTES POUR L'INTERNAT

LOBULE HÉPATIQUE

Anatomie.

Petit lobe, « lobulite de Milne-Edwards », petites masses agglomérées, formant par leur ensemble l'organe : foie, tel se présente à nous le lobule hépatique.

Comment l'étudier ?

Nécessité :

1° *De déterminer squelette vasculo-conjonctif ;*

2° *D'y placer ensuite l'élément noble : la cellule hépatique ;*

3° *D'examiner enfin cette cellule histologiquement, embryologiquement, physiologiquement.*

Tel est le plan.

Trois moyens d'arriver au but :

1° *Par anatomie comparée (foie du porc comme prototype) ;*

2° *Parti du vertébré inférieur (porc), arriver au vertébré supérieur (homme) et alors étude à l'état normal du lobule hépatique chez l'homme ;*

3° *Passer ensuite à l'examen des lésions pathologiques de ce même lobule hépatique et arriver ainsi à la conception du lobule biliaire de Sabourin.*

I. Foie du porc.

A. Aspect microscopique.

A la coupe d'éclatement.

Multitude de petits points saillants rougeâtres, cerclés par des lignes grisâtres.

Possibilité d'énucléation de ces petits points, après avoir légèrement malaxé sous l'eau (comparaison ruche d'abeille).

B. Aspect microscopique.

Coloration à l'hématoxyléne-éoniée, après fixation au Müller et alors :

1° Sur la coupe transversale :

Autant de figures géométriques, polygonales pour la plupart et égales à peu près entre elles.

a) A la périphérie de ces figures.

Cercles roses de séparation : ce sont les fissures de Kiernan avec leur tissu conjonctif ; renflements par places : ce sont les espaces de Kiernan avec :

Veine porte : A parois légèrement affaissées et à l'intérieur globules sanguins.

Artère hépatique : A section nette, à endothélium pavimenteux, à coloration nucléaire, musculaire, en forme de corolle.

Canalicule biliaire : A cellules épithéliales cylindro-cubiques, d'une symétrie parfaite.

En outre, *lymphatiques*, des nerfs, non visibles, par les colorants ordinaires.

b) Au centre.

La veine sus-hépatique, veine centrale de Kekenberg, béante à la coupe, adhérant intimement au parenchyme hépatique.

c) Entre la périphérie et le centre.

Le squelette vasculo-conjonctif.

Tous les organes de l'espace de Kiernan vont contribuer à sa formation, en affectant une disposition sériée de la périphérie au centre, et. par suite, agencement des capillaires sanguins, et canalicules biliaires en forme de rayons de roue.

Placer ici le schème classique de Hering-Insinner, « la *balle de caoutchouc* », la cellule hépatique entre les « *jalons* », décrire l'anatomie normale de cette cellule (cube, polyèdre à 10 ou 12 facettes, malléable par pression réciproque), et en détailler ses rapports vasculaires et biliaires (capillaires sanguins cheminant sur les arêtes en rapport avec 4 cellules), canalicules biliaires sur le milieu des facettes (en rapport avec 2 cellules seulement), les unes et les autres ne se rencontrant jamais.

2° Coupe longitudinale.

Figure triangulaire : Parcourue en son milieu par la veine sus-hépatique, disposition pénicillée de son origine ou sommet du lobule. De la périphérie au centre, même disposition sériée, mêmes travées hépathiques, mêmes rapports vasculaires et biliaires des cellules.

II. Foie de l'homme (à l'état normal).

De l'étude précédente, en tirer une conception d'ensemble : lobules appendus aux veines sus-hépatiques, comme autant de fruits à des branches d'arbre, et vaisseaux biliaires et sanguins, venant enserrer ces lobules, à la façon du lierre ou d'une vigne vierge grimpante.

Placer ici *dimension* du *lobule* humain (1/2 à 1 millimètre de diamètre) et leur nombre (douze cent mille, Sappey).

Regarder ensuite à la coupe :

A. Aspect macroscopique.

Uniformément d'un jaune plus ou moins rougeâtre, sans énucléation sous filet d'eau.

B. Aspect microscopique.

Demande à être étudié attentivement. Ne saute pas aux yeux comme dans le foie du porc. Fissures de Kiernan ont disparu, lobules semblent se confondre les uns avec les autres. Pour se retrouver, chercher points de repère ; veine sus-hépatique et espaces portes et compléter par la pensée le cercle péri-lobulaire. Disposition sériée également, limitant les travées hépatiques, du centre à la périphérie du lobule, sur un même plan de section transversale, 12 à 14 travées rayonnantes, et par travée, 5 à 6 cellules hépatiques seulement.

Ne plus insister sur la coupe longitudinale, ni sur les rapports vasculo-biliaires (les mêmes que chez le porc) et faire voir tout de suite combien certains états pathologiques chez l'homme vont accentuer la lobulation hépatique.

III. Foie de l'homme (à l'état pathologique).

Choisir les lésions électives : constituées par toute prédominance du processus au niveau des espaces portes ou des cellules périphériques ; comme dans les cirrhoses atrophiques ou hypertrophiques, cirrhose tuberculeuse, dégénérescence granulo-graisseuse, atrophie pigmentaire de Hanot et Letulle ; toutes lésions qui viennent prêter main forte à la description classique du lobule anatomique.

Se demander alors comment Sabourin a bien pu étayer sa conception du lobule biliaire ?

Résoudre la question par l'étude de la cirrhose cardiaque, et de l'hépatite nodulaire parenchymateuse (Charcot, Kelsch, Kiener). Montrer dans le second cas les lésions toutes spéciales nodulaires et, dans le premier, la stase sus-hépatiques, le processus de sclérose péri-sus-hépatique — brides scléreuses allant à la rencontre de leurs voisines et venant encercler l'espace porte indemne — c'est le lobule interverti, c'est le canal biliaire, grand régisseur du nouveau lobule.

Donner à cette nouvelle théorie la sanction :

De l'embryologie.

Façonner progressivement la théorie de glande tubulée par l'intermédiaire du foie des batraciens, des ophidiens, du phoque surtout ; rappeler chez l'homme l'organisme duodénal endodermique et mésodermique par la splanchnoplexie, la dissociation et le remaniement des tubes endodermiques, par les bourgeons endo-vasculaires mésodermiques, et arriver ainsi à la seconde sanction :

De l'histologie.

Rappeler les théories anciennes sur l'indépendance des cellules et des canalicules biliaires (Robin-Legros), existence d'une mince cuticule pour Eberth, et enfin théorie d'Hering-Ranvier, qui nous montre canalicules biliaires émanant directement des cellules hépatiques, ces dernières sans membrane d'enveloppe, avec un noyau, des travées protoplasmiques, dans ces travées, des granulations graisseuses, dans l'intervalle trabéculaire, du glycogène, des granulations protéiques et pigmentaires biliaires :

Conclure donc logiquement à ces deux propositions :

1° *La cellule hépatique n'est autre chose que la différentiation progressive en élément noble, l'adaptation à une fonction plus élevée, de la cellule épithéliale excrétrice des conduits biliaires.*

2° *En face du lobule anatomique, régi par le système sus-hépatique, se dresse le lobule biliaire de Sabourin, régi par le système biliaire ; le second détrônant le premier, et cela, par droit de conquête embryologique, anatomo-pathologique, histologique.*

Physiologie.

Enumération simple.

Ancienne notion de dualité de Robin. Actuellement : *Sextuple rôle de la cellule.*

1° Phase biligénique (rappeler maintenant le rôle de la bile).

2° Phase glycogénique.

Comment se forme et à quoi sert le glycogène ?

3° Formation de matière grasse.

Expériences de Sinety, production de cire chez les abeilles, de graisse chez les oies (foie gras).

4° Role uropoiétique (Brouardel-Roger).

5° Role hématopoiétique.

Chez le fœtus :

Un des lieux de multiplication des globules rouges. *Chez l'adulte*, un des lieux de destruction de ces mêmes globules.

6° Role anti-toxique (Bouchard-Roger).

Action d'arrêt sur les poisons, toxines microbiennes, toxines minérales, toxines végétales.

Donc, fonctions multiples, indispensables aux mutations organiques que celles dévolues à la cellule hépatique et nous faisant comprendre, dans toute sa simplicité, le syndrôme de l'ictère grave par mort de l'élément noble.

Ath. S.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 10 7 Mars 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite.)

VARIÉTÉS

Comme toute maladie, l'herpès a ses variétés. Il en comporte même de nombreuses dont quelques-unes sont très fortement accentuées et essentielles à connaître.

Je ne m'attarderai pas à décrire ici toutes ces variétés. Je ne ferai que signaler les plus importantes, et je m'efforcerai de les grouper sous un ordre méthodique.

1° Variétés de configuration éruptive.

L'herpès type se présente, ai-je dit, sous forme d'une éruption vésiculaire groupée sur une base érythémateuse. C'est-à-dire que toutes les vésicules qui composent l'éruption sont réunies les unes au voisinage des autres dans un espace restreint sur un petit disque congestif.

C'est là l'herpès groupé, l'herpès en bouquet. Or, il n'en est pas toujours ainsi :

1° Il peut se faire d'abord que toutes les vésicules qui composent l'éruption ne soient pas réunies en un seul groupe. Il peut se faire que quelques-unes seulement soient rassemblées et que d'autres soient plus ou moins distantes, isolées ; c'est-à-dire, avec un groupe de vésicules, on peut rencontrer quelques vésicules écartées du groupe principal, espacées, isolées, faisant « bande à part », si je puis ainsi parler. C'est là l'*herpès à vésicules aberrantes*.

2° De plus, la dissociation peut être complète. Dans un autre mode éruptif, les vésicules ne sont plus rassemblées en groupe ; elles sont toutes plus ou moins distantes et isolées. Le bouquet herpétique est absolument dissous et n'existe plus. Ce qu'on observe seulement, c'est un nombre plus ou moins considérable, généralement limité, de vésicules absolument indépendantes, espacées. C'est à cette variété qu'on pourrait donner le nom d'*herpès disséminé*.

Voici un exemple typique : Un malade que je voyais récemment avec une éruption d'herpès composé de quatre vésicules présentait deux de ces vésicules sur la rainure : un près du frein ; un sur le fourreau.

2° Variétés de modalité éruptive.

Celles-ci sont très nombreuses ; on pourrait même les multiplier à l'infini. Je ne citerai que les principales :

1° Herpès phlycténoïde.

Cette forme, dont on faisait autrefois une espèce particulière et à laquelle on attribuait une importance dont elle est actuellement déchue, n'est qu'une simple variété que caractérise une éruption de vésicules plus volumineuses que d'usage.

Les vésicules, au lieu d'avoir le volume usuel d'une tête d'épingle, se présentent avec des dimensions plus considérables. Elles sont grosses comme des perles, des pois, des noyaux de cerises, voire, mais exceptionnellement, comme une moitié de noisette, une moitié de cerise.

Tantôt l'herpès phlycténoïde (caractérisé, en effet, par de véritables phlyctènes) n'est qu'un herpès coalescent, c'est-à-dire un herpès dont plusieurs vésicules, primitivement isolées, se sont réunies, se sont fusionnées, de façon à former une grosse vésicule.

Tantôt, au contraire, et c'est la forme pure, il se montre primitivement d'emblée sous cette forme, associé généralement à un certain nombre de vésicules qui n'ont pas dépassé leurs proportions ordinaires.

Généralement alors, il siège sur un disque érythémateux, rosé et légèrement boursouflé : *c'est l'herpès bulleux*.

On l'a rencontré un peu partout, mais, de préférence, sur la face, les membres inférieurs et le tronc.

Je l'ai observé plusieurs fois sur la région mammaire et chez l'homme. Un de ces cas mérite d'être cité en raison de sa singularité et comme exemple d'herpès consécutif à une irritation locale.

Un grave notaire de province, qui était venu visiter l'Exposition de 1889, y fit de fâcheuses connaissances parmi les almées qui nous égayaient à cette époque par toutes espèces de danses exotiques. L'une de ces femmes (dont c'était, paraît-il, la spécialité) lui exerça sur l'une et l'autre région mammaire des succions prolongées. Quelques jours après, ce monsieur, fort inquiet, venait me montrer des lésions encore inconnues de moi.

Toute la région tégumentaire autour du mamelon et des deux côtés était le siège : 1° d'un véritable érythème ; 2° d'un herpès vésiculo-bulleux. Il existait six de ces bulles à droite et sept à gauche ; la plupart étaient grosses comme des pois, hémisphériques, distendues par un liquide séreux et transparent. Deux étaient grosses comme la moitié d'une cerise : d'autres, déjà rompues, commençaient à s'encroûter.

Ce monsieur craignait d'avoir « attrapé des chancres ». Je le rassurai et il fut quitte de son aventure pour un superbe herpès bulleux, qui guérit, sans aucunes suites, en quelques jours.

Dans un autre cas, j'ai observé un herpès phlycténoïde de la rainure de la verge, constitué par quatre grosses bulles, au moins volumineuses comme des noyaux de cerise.

3° Variétés d'étendue.

Dans sa forme typique, l'érosion de l'herpès est de minime étendue. Nous l'avons comparée à une tête d'épingle, à une petite lentille. Mais plus fréquemment elle présente des dimensions infiniment supérieures et cela pour deux raisons : 1° parce qu'il y a primitivement de grands herpès ; 2° et surtout par coalescence et fusion de plusieurs érosions voisines du bouquet herpétique, voire de plusieurs bouquets herpétiques contigus.

Si bien que très fréquemment on arrive en pratique à rencontrer des érosions herpétiques qui, sans même tenir compte ici de la forme confluente de l'herpès dont nous parlerons plus tard, constituent vraiment des lésions très importantes comme étendue, et qui atteignent les dimensions usuelles des chancres, voire qui les dépassent quelquefois.

Ainsi, couramment, on observe des herpès qui offrent les dimensions d'une grande lentille, d'un pépin d'orange, d'une amande d'abricot, d'un haricot, d'une pièce de 50 centimes et au delà.

M. Doyon, par exemple, a relaté le cas d'un de ses clients qui, tous les deux mois, voyait survenir sur son prépuce, et toujours au même point, de véritables ulcères de 10 à 12 millimètres de diamètre, ulcères présentant, à la profondeur près, tous les caractères du chancre simple. Plusieurs fois il dut en inoculer le pus pour se persuader que ce n'étaient pas là des chancres simples.

Il est absolument commun de rencontrer au niveau de la rainure glando-préputiale des érosions herpétiques allongées dans le sens de la rainure et mesurant 1 centimètre de longueur sur un diamètre vertical de 5 à 6 millimètres.

4° Variétés d'entamure tégumentaire.

Le propre de l'érosion herpétique est d'être superficielle, absolument superficielle, de se tenir, comme on dit vulgairement, à fleur de peau. L'herpès consiste normalement en une simple exfoliation épidermique ou épithéliale ; c'est un vésicatoire en miniature.

Par exception, toutefois, il est des herpès plus ou moins excavés, voire un peu creux. Il en est qui sont taillés en capsule, à l'évidoir, en godet, par conséquent qui entament légèrement le derme. On voit même quelquefois des herpès de minime étendue qui excavent le derme autant que le fait le chancre simple, autant que le fait, par exemple, le chancre simple d'auto-inoculation à son 3e ou 4e jour.

Il en est d'autres qui ont des bords légèrement entaillés et un fond plat. Sur ces formes plus ou moins excavées, l'herpès est tout à fait trompeur, objectivement. Il en impose pour tel ou tel chancre, car, bien à tort, on n'est guère disposé à accepter comme herpès une éruption quelque peu excavée. L'erreur est donc facile, usuelle en pareille circonstance.

5° Variété de couleur.

Sans parler d'une variété tout à fait exceptionnelle, à savoir l'herpès noir labial, analogue par sa couleur à la variole noire, et ne s'observant qu'en des états très graves (cas de Layout), l'herpès courant est susceptible de teintes variées.

Sa teinte normale est celle du derme dénudé, c'est-à-dire rouge. Mais cette teinte est susceptible de se modifier sous des influences qui sont loin d'être connues. Ainsi, on rencontre parfois des herpès grisâtres, gris, lardacés, voire diphtnoïdes, il en est aussi de simplement rosés ; il en est également qui tendent à la coloration jaune sale, jaunâtre, jaune rose.

N'oublions pas, d'ailleurs, que nombre d'herpès nous arrivent absolument modifiés de couleur par divers topiques, divers caustiques. On en voit de blancs, par incrustation de topiques blancs (calomel, oxyde de zinc, etc.), par dépôt plombique (eau blanche). Trois fois j'en ai vu de bleuâtres, colorés qu'ils étaient par un dépôt de sulfate de cuivre.

6° Variétés comme rénitence de base.

Nous arrivons, avec cette variété, à quelque chose de bien autrement important pour le diagnostic.

Il est des herpès qui se présentent avec ce caractère si curieux, si précieux, que nous exploitons avec tant de profit pour le diagnostic du chancre simple, à savoir : la rénitence de base, dite communément induration. Oui, il est des herpès indurés. Il en est même de deux catégories distinctes. D'abord, il est des herpès artificiellement indurés. Et, en effet, rien d'étonnant à cela : L'érosion herpétique subit le sort commun à toutes les érosions, quelle qu'en soit la nature. Elle durcit, devient rénitente de base dès qu'elle est soumise à de certaines irritations, au contact de certains agents, soit caustiques, soit astringents.

Ainsi, tout herpès cautérisé, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec l'acide azotique, l'acide phénique, etc.; devient dur de base.

Tout herpès pansé depuis quelques jours avec l'alun,

les solutions argentiques, phéniques, plombiques. etc., devient dur de base.

En second lieu, ceci est bien plus intéressant, il est des herpès spontanément indurés. Il est des herpès qui, sur certains sièges que nous préciserons dans un instant, se présentent avec une base rénitente à des degrés divers, base rappelant exactement ce qui est l'assise de certaines variétés de chancres syphilitiques ; je précise.

Vous trouverez des herpès dont la base, soigneusement explorée entre deux doigts, vous donnera le degré le plus inférieur de l'induration chancreuse syphilitique, celui qu'on décrit sous le nom d'induration foliacée.

Vous trouverez des herpès dont la base vous fournira cette autre variété d'induration plus accentuée, dite parcheminée, rappelant la sensation qu'on éprouve en ployant un parchemin, une carte de visite.

En revanche, vous ne trouverez jamais (du moins je n'ai jamais rencontré) d'herpès doublés de la variété d'induration profonde, dite noueuse, nodulaire, et rappelant la fameuse « moitié de pois cassé » déposé dans le tissu cellulaire.

Cette induration sous-herpétique peut se produire en des parties très diverses. Mais elle a de véritables sièges de prédilection. Il est surtout trois localisations où vous trouverez l'herpès induré, à savoir : la rainure glando-préputiale ; la région du frein ; le méat uréthral.

Sur ces trois points, l'herpès se présente assez souvent avec un degré de rénitence de base qui ne serait pas déplacé sous la base d'un chancre syphilitique. Il est, certes, des herpès aussi indurés que certains chancres, et il est des chancres moins indurés que certains herpès.

De cela, j'aurais une foule d'exemples à citer. Je retiendrai seulement les deux cas suivants qui suffiront à servir de spécimen.

En 1875, un étudiant en médecine, aujourd'hui médecin très distingué, vint me consulter pour une lésion qu'il portait au niveau de la rainure glando-préputiale, et que lui-même avait diagnostiqué chancre induré. Cette lésion, en effet (qui n'avait jamais été cautérisée, ni soumise à aucun topique irritant), était parfaitement indurée, aussi indurée que le sont certains chancres syphilitiques. Je crus comme lui tout d'abord (pour cette raison et d'autres) à un accident primitif de syphilis ; mais, plus défiant que lui, je réservai toutefois le diagnostic en raison de deux petites érosions voisines (l'une de la rainure, l'autre du frein) qui, miliaires et souples de base, semblaient formellement herpétiques. Aucun traitement ne fut institué, et depuis 17 ans, nul symptôme de syphilis ne s'est produit sur notre confrère.

En 1885, un jeune homme de 22 ans se présentait à ma consultation pour une érosion unique de la rainure, lenticulaire de diamètre et à base foliacée. Quinze jours après (notez le chiffre) l'érosion persistait encore et. de plus, avait pris une rénitence plus accentuée, véritablement parcheminée. D'autant plus inquiet que deux ganglions de moyen volume (autre particularité sur laquelle j'insisterai bientôt) s'étaient produits dans l'aine correspondante, je voulus avoir l'opinion de mon maître, M. Ricord, et je lui adressai mon client, en le priant de vouloir bien me dire s'il croyait à un chancre induré ou à un herpès. M. Ricord examina longuement, soigneusement le malade, et me le renvoya avec une lettre sur laquelle il avait simplement dessiné comme réponse un énorme point d'interrogation. Eh bien, ici encore, comme l'événement et l'évolution ultérieure le démontrèrent, il ne s'était agi que d'un herpès, mais d'un herpès solitaire et induré, induré à ce point (et cela d'une façon toute spontanée) que celui qui a le mieux de tous étudié l'induration chancreuse, le maître de l'art, M. Ricord, ne s'était pas cru en droit d'instituer un diagnostic différentiel.)

(A suivre.)

OBSERVATION CHIRURGICALE

Écoulement uréthral chronique d'origine glandulaire. — Guérison.

Par A. Guépin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'origine glandulaire et, en particulier, prostatique, d'un certain nombre d'écoulements chroniques de l'urèthre, jadis admise sans être appuyée sur aucun fait bien probant, puis rejetée systématiquement et d'une façon beaucoup trop exclusive à mon sens, ne paraît cependant pas discutable là où, aux signes physiques et fonctionnels de la lésion glandulaire, se surajoute l'inefficacité du traitement classique et l'efficacité immédiate, pour ainsi dire, du traitement causal. J'en ai déjà signalé des exemples (1), mais, au même titre, je rappellerai l'observation suivante, rédigée par M. Lozé, externe des hôpitaux. Dans ce cas, l'infection des voies génitales, se traduisant par une orchite spontanée, ne laissait aucun doute sur l'intensité du processus ou tout au moins sur sa diffusion.

Cependant, et c'est ce qu'il convient de faire remarquer, le malade a guéri, sans qu'il ait été nécessaire de faire quoi que ce soit du côté de l'urèthre, alors que toutes les manœuvres intra-uréthrales étaient restées sans résultat. Le fait lui-même dans sa simplicité en dit plus long que tous les commentaires qu'il serait facile de lui adjoindre. Peut-être pourrait-on objecter que la guérison doit être attribuée ici à une simple coïncidence ; cette coïncidence est alors assez fréquente dans la pratique pour mériter d'attirer et de fixer l'attention.

OBSERVATION

A. H. : Père, 52 ans, aucune maladie antérieure ; mère, 48 ans, asthmatique et névropathe ;

A. P. : Jeune homme, âgé de 19 ans, étudiant, constitution robuste, tempérament lymphatique (blépharite ciliaire).

Rougeole à l'âge de 6 mois, coqueluche à 3 ans 1/2, varicelle à 8 ans, ictère émotif à 9 ans.

Rhumatisme du genou droit à l'âge de 10 ans ; durée deux mois. Pas de nouvelle attaque depuis.

Rien au cœur ni aux poumons.

Antécédents intéressant l'appareil génital :

Jusqu'à l'âge de 10 ans, l'orifice préputial est très étroit, le gland ne peut être découvert. Smegma abondant, prurit à l'extrémité de la verge.

Cet état du prépuce a nécessité jusqu'à l'âge de 10 ans des injections sous-préputiales fréquentes.

Progressivement, jusqu'à 13 ans, par des tractions répétées, le malade est arrivé à rompre jusqu'au sillon balano-préputial les adhérences qui retenaient le prépuce au gland.

A l'époque des premiers rapports sexuels, à l'âge de 13 ans 1/2,

(1) *Les Glandes de l'urèthre*, Paris, 1895.

la rainure balanique s'est découverte, les adhérences dernières se sont rompnes.

De 13 ans 1/2 à 16 ans 1/2, rien de particulier.

A 16 ans 1/2, en *mars 1892*, première blennorrbagie très intense accompagnée de douleurs très vives, d'écoulement abondant. Durée, cinq mois et demi. Traitement:

1° Au début, tisane chiendent et bicarbonate de soude;

2° Opiat avec copahu et cubèbe. santal;

3° Injections au sulfate de zinc.

Guérison.

A 17 ans 1/2, en *février 1893*, poussées d'herpès préputial. Poudre de salol et nitrate d'argent.

En mai 1893, nouvelle blennorrbagie très peu douloureuse, écoulement très peu abondant disparaissant même certains jours. Le traitement ordinaire composé de tisane diurétique et d'opiat avec injections au sulfate de zinc est institué. L'écoulement cesse dans la journée, mais le matin le méat reste collé et le premier jet d'urine est trouble. Ce reliquat devenant de moins en moins accusé, le malade n'y prête pas attention et ne peut préciser exactement la date de sa disparition.

Avril 1895. — Troisième blennorrbagie. Cette blennorrbagie est particulièrement bénigne au point de vue des symptômes douloureux : à peine un léger prurit pendant les deux premiers jours. Pas d'érections nocturnes douloureuses, seulement gênantes.

L'écoulement verdâtre pendant les premiers jours a pris successivement une teinte jaunâtre, crémeuse et, sans raison, reprend la teinte verdâtre.

Cet écoulement, durant les buit premiers jours, était abondant, mais moins cependant que lors de la première atteinte. Dès le quinzième jour de l'infection, il a diminué notablement, ne manifestant plus sa présence que par quelques gouttes le matin ou dans la journée.

Le coït n'était pas douloureux, le malade ne s'abstenait d'ailleurs point de le pratiquer quand, se croyant guéri, il s'apercevait au réveil que l'écoulement avait disparu. Le coït d'ailleurs et l'ingestion de boissons alcooliques ou excitantes (café et thé) n'avaient aucune influence sur la réapparition ou sur l'abondance de l'écoulement.

Cette blennorrhagie a été soignée comme les précédentes et durant les mois de juillet, août et septembre derniers, on a surtout conseillé au malade l'usage d'injections dont les formules ont été des plus variées. Toutes ces injections restèrent sans résultat notable. En octobre dernier, le malade rentre à Paris, il se plaint d'un écoulement purulent, sous forme de goutte le matin, pas de douleurs. Urines parfois claires, parfois troubles avec de nombreux filaments.

C'est alors qu'il va consulter M. le docteur Guépin qui constate, en pressant la verge d'arrière en avant, la présence d'une goutte purulente suintant entre les lèvres du méat.

Le cathétérisme de l'urèthre ne révèle aucun point rétréci sauf au niveau de son orifice antérieur : il y a de l'atrésie du méat qui a seulement 4 millimètres de hauteur. Le frein trop court gêne le mouvement de retrait du prépuce dont l'ouverture est rétrécie.

Les testicules ne présentent pas d'anomalie à la palpation.

La prostate, dont on sent nettement le sillon médiane, est seulement un peu plus saillante à droite. Les contours en sont bien délimités, la glande prostatique est souple.

Rien aux vésicules séminales.

Etant donnés le passé pathologique du malade et les résultats de cet examen, le diagnostic fut : écoulement tenant à une infection profonde des glandes de l'urèthre chroniquement enflammées et entretenu en outre par l'atrésie du méat. Vices de conformation du frein et du prépuce.

Il conseille le débridement du méat, du frein et du prépuce, mais auparavant, en attendant la décision du malade, on songe à calmer les accidents inflammatoires de la prostate et des glandes uréthrales par un traitement composé de :

Lavage de l'urèthre antérieur avec solution boriquée tiède;

Suppositoire avec : iodoforme et extrait de jusquiame;

Lavements tièdes répétés deux fois par jour.

Ce traitement est suivi régulièrement pendant trois semaines; l'écoulement devient plus abondant comme d'ailleurs le fait avait été annoncé au malade, les glandes se vidant de leurs sécrétions infectées; puis le malade se livre à de nouveaux écarts de régime et spontanément l'infection blennorrhagique retentit sur l'épididyme et le testicule gauches.

Le *10 novembre 1895*, l'écoulement urétbral cesse et le malade voit se développer une orcbi-épididymite commençant par la queue de l'épididyme gauche. En 2 jours cette portion de l'épididyme atteint son développement maximum et forme une encoche volumineuse de 3 centimètres de bauteur. Le 14 novembre, le gonflement s'est propagé tout le long de l'épididyme. On constate alors une légère inversion, l'épididyme œdématié venant empiéter sur la face antérieure dn testicule qui se trouve refoulé quelque peu en arrière, augmenté de volume et sensible à la pression.

C'est une orchite sans grand fracas, moins douloureuse que les orchites qui arrivent ordinairement dans la période aiguë de la blennorrhagie. La peau du scrotum n'est point rouge. Il n'y a que peu d'épancbement dans la vaginale; les symptômes généraux sont très atténués. Les douleurs sont aiguës, spontanées pendant 2 jours seulement, principalement à la partie inférieure de l'épididyme où la palpation accuse un petit point fluctuant, et où la peau est un peu violacée.

Pendant les quelques jours qui suivent, les douleurs spontanées disparaissent. Il reste seulement des sensations douloureuses au toucher.

Le cordon est plus volumineux qu'à l'état normal.

Le toucher rectal ne détermine aucune douleur dans la région prostatique. Il accuse seulement une très légère augmentation de volume de cet organe un peu plus appréciable à droite.

Le traitement institué est le suivant :

Immobilité absolue au lit ;

Applications sur les bourses de compresses chaudes d'acide borique recouvertes de taffetas imperméable ;

Compression du testicule au moyen d'un suspensoir garni d'une épaisse couche d'ouate ;

Lavements laudanisés.

Après huit jours de ce traitement, les phénomènes douloureux disparaissent complètement, il reste seulement de l'induration de l'épididyme ; le gonflement est diminué des deux tiers. Il n'y a plus trace d'épanchement dans la vaginale ; le testicule n'est plus douloureux. Le point fluctuant que l'on constatait à la queue de l'épididyme et qui aurait pu devenir le siège d'un abcès, fréquente terminaison des orchites uréthrales, s'est résorbé.

La prostate est normale.

Il est intéressant de signaler en outre que l'épididyme et le testicule diminuaient de volume et que les phénomènes inflammatoires dont ils étaient le siège ont disparu en même temps que les urines devenaient troubles, purulentes, les mictions plus fréquentes; les érections nocturnes étaient aussi très nombreuses et elles étaient suivies d'éjaculations très abondantes. C'est probablement de cette manière que le contenu purulent du testicule et de l'épididyme est évacué à l'extérieur.

Le malade, à qui on conseille le port continu d'un suspensoir, reprend, après dix jours de traitement, ses occupations babituelles.

Huit jours après cette première crise, nouvelle crise douloureuse dans le testicule gauche. Repos, deux jours au lit, traitement calmant.

Enfin, à partir du 20 décembre, le malade reprend le traitement par les suppositoires et les lavements.

L'opération acceptée, en principe, étant définitivement fixée, le 23 décembre, il est soumis à la diète lactée.

Le 24 décembre 1895, intervention : anesthésie à la cocaïne, incision dorsale du prépuce snr la ligne médiane, méatotomie, débridement du frein au thermocautère.

Après quelques jours, les plaies du méat et du frein sont cicatrisées, puis la plaie du prépuce elle-même guérit, de même que disparaît l'œdème post-opératoire qui n'avait d'ailleurs pas été considérable.

Les snites sont des plus satisfaisantes : le 25 janvier on revoit le malade et on constate que toute trace d'écoulement a disparu, les mictions sont normales, les urines très claires, les lèvres du méat sont seulement un peu collées, ce qui s'explique par l'hypersécrétion des glandes du canal entretenue par les érections et par l'absence de coït.

Depuis cette époque, le malade, qui a repris toutes ses habitudes, ne suit aucun autre traitement que l'huile de foie de morue et paraît absolument guéri.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars. — Présidence de M. Monon.

A propos de la lecture du procès-verbal :

1° **M. Bazy** fait remarquer que les témoignages rapportés par M. Michaux, à la dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 29 février) ne font que confirmer l'opinion émise par lui sur la nature tétanifère des terrains de Bicêtre et de ses environs.

2° **M. Broca** cite un fait personnel de mort par le tétanos, malgré la sérothérapie. C'est un fait négatif qui vient à l'appui des idées exprimées par M. Berger sur l'insuccès presque constant, en France, de l'antitoxine contre le bacille de Nicolaiev.

3° **M. Delorme** a vu deux cas de tétanos chronique guéris par la thérapeutique habituelle. Mais un cas de tétanos aigu, pour lequel MM. Vaillard et Roux avaient jugé inutile de tenter des injections, a été suivi de mort.

Adhérences du péritoine à la symphyse rencontrées au cours de la cystostomie sus-pubienne.

M. Picqué lit un rapport sur trois observations envoyées par M. Rollet (de Lyon).

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade prostatique, âgé de 69 ans, atteint de rétention complète. Ponction avec le gros trocart de l'appareil Dieulafoy. Une canule est laissée à demeure dans la vessie. Trois jours plus tard, taille sus-pubienne. L'incision de la paroi étant à peine faite, l'intestin fait hernie. Le péritoine adhérait au pubis. Le péritoine avait été traversé au cours de la ponction. Le malade est mort. Il n'y a pas eu d'autopsie. Mais ce malade est mort sans phénomènes abdominaux.

Dans le second cas, il s'agit d'un calculeux infecté et présentant le syndrome de l'infection urinaire grave. On a fait la cystostomie et constaté la présence des adhérences du cul-de-sac péritonéal au pubis. L'observation ne contient pas d'autres détails à ce sujet. Extraction du calcul qui pesait 75 grammes et avait l'aspect d'un calcul corique. Suites opératoires bonnes, grands lavages vésicaux, guérison.

Dans le troisième cas, enfin, il s'agit d'une rétention d'urine putride chez un vieux rétréci. Cathétérisme imparfait qui crée une fausse route. Taille sus-pubienne qui fait encore découvrir des adhérences du péritoine au pubis. Guérison.

Voilà donc trois cas où l'on croit avoir vu que le cul-de-sac prévésical adhérait au pubis. Ce fait est rare et mérite qu'on s'y arrête. En 1886, Pétersen disait qu'on avait signalé deux cas semblables. Un an auparavant, en 1885, M. Polaillon cita un fait de ce genre. Paul Delbet, qui a fait l'historique de la question dans sa thèse, dit que le cas de M. Polaillon est le seul cas qui ait été signalé en France et lui-même affirme n'avoir jamais rencontré cette disposition snr quarante sujets examinés par lui. De plus, sur les 250 observations de taille qu'il a récemment examinées pour un travail inédit, une fois seulement il a rencontré cette adhérence pubienne du péritoine.

Encore, le cas n'était-il pas plausible et supposait simplement que le péritoine descendait très bas.

D'ailleurs, les auteurs classiques les plus récents sont d'accord avec ces faits. M. Testut (de Lyon) fait remarquer que, dans certains cas, on voit le péritoine descendre très bas derrière le pubis, même quand la vessie est distendue. M. Delbet a confirmé par ses recherches cette notion aujourd'hui classique.

Il y a lieu de se demander si, au lieu d'une adhérence au pubis, ce n'est pas une disposition semblable que M. Rollet a rencontrée chez ses malades. En tout cas, cette disposition n'est une contre-indication ni à la taille, ni à la ponction simple de la vessie. Dans des asiles d'aliénés, avec mon excellent maître M. Pozzi, je vois beaucoup de cas de rétention d'urine. Je fais souvent des ponctions sans avoir jamais vu d'accidents se produire. Je fais davantage la taille avec le même succès. Mon manuel opératoire, quant à la ponction, diffère légèrement de celui qu'emploie M. Rollet par ce fait que je ne laisse pas la canule dans la vessie et que j'emploie l'aiguille n° 2 de l'appareil Dieulafoy.

M. Rollet dit, de plus, qu'à Lyon, ses collègues et lui-même ne se servent plus du ballon de Pétersen quand il s'agit de faire la taille. Pour moi, je le conserve. Une fois cependant, j'ai dû m'en dispenser ne l'ayant pas sous la main.

M. Bazy. — Il ne faut pas confondre la disposition du péritoine qui descend derrière le pubis chez les enfants, avec la disposition moins basse que l'on rencontre chez les adultes. Pour ma part, je n'ai jamais constaté les adhérences dont a parlé M. Rollet. Bien plus, je crois que l'on peut toujours facilement relever le péritoine en avant de la vessie quand on fait la taille.

M. Poirier. — J'ai vu deux fois, au cours de mes nombreuses dissections, le cul-de-sac péritonéal adhérer à la vessie. Mais il s'agissait de vieux urinaires avec inflammation de la vessie et chez lesquels le péritoine périvésical avait pu participer à l'inflammation.

Du frémissement hydatique dans les kystes hydatiques du foie.

M. Picqué lit un second rapport sur une observation de M. Rollet (de Lyon). Il s'agissait d'un enfant de 13 ans atteint de kyste hydatique du foie. L'abdomen était considérablement augmenté de volume, on y constatait la présence d'une tumeur abdominale bilobée au niveau de laquelle la percussion révélait une matité hydrique et l'auscultation un bruit musical analogue, dit M. Rollet, à celui d'une corde de violon que l'on ferait vibrer près de la joue. Le malade, laparotomisé, a guéri.

M. Picqué compte le succès de M. Rollet au nombre des succès nombreux dus au traitement des kystes hydatiques antéro-inférieurs par la méthode de Lindeman-Landau. Quoique le liquide du kyste n'ait paru contenir ni vésicules ni crochets, il n'aurait pas fallu se contenter de le traiter médicalement par la ponction. Un point à noter, c'est l'existence du frémissement hydatique en l'absence de vésicules. Cela prouve bien, comme l'a dit M. Segond, dans son article du *Traité de Chirurgie*, que le frémissement hydatique est dû, non pas uniquement à la collision des vésicules filles dans un liquide de tension médiocre, mais aussi à la mise en jeu de l'élasticité de la membrane du kyste par le choc et l'ébranlement du liquide contenu.

Pathogénie et traitement de la luxation traumatique du nerf cubital.

M. Schwartz. — Un jeune homme de 18 ans, travaillant sur un étau-limeur, eut soudain le coude pris entre les deux branches de l'étau.

Son avant-bras était alors fléchi sur le bras. Il voulut dégager son coude et il y réussit. Aussitôt pas de douleurs violentes, mais quelques instants après, lourdeur et pesanteur, avec brûlure dans le trajet du cubital, et maximum dans les deux derniers doigts de la main. Mais pas de paralysie. Les soins immédiats qui lui furent donnés n'ont pas d'importance : simple pansement au niveau de la plaie du coude qui guérit rapidement. Un mois plus tard, il veut reprendre son travail. Mais, de temps en temps, il ressent des douleurs intenses surtout dans les deux derniers doigts. C'étaient, dit-il, de véritables commotions électriques qui l'obligeaient même à lâcher ses instruments de travail. En même temps, il remarquait qu'au niveau du coude une sorte de corde se déplaçait dans les mouvements de flexion et d'extension, et venait de la région postérieure du coude dans la région antérieure en contournant la saillie interne osseuse. Bientôt, les grands efforts nécessités par la nature de son travail devinrent impossibles, et il vint nous consulter à la fin de novembre dernier.

Je vois alors un coude gonflé légèrement dans sa région antérieure. Puis, l'avant-bras étant fléchi, je ne trouve plus le nerf cubital dans la gouttière épitrochléolé-crânienne. Mais, en avant de l'épitrochlée, je trouve le cordon. Si on le comprime, le malade ressent des fourmillements. Si on le déplace, on le ramène facilement dans sa position normale. Il ne pouvait donc point y avoir de doute, et il s'agissait bien là du nerf cubital et même d'un cubital altéré, car son volume était plus gros que celui du côté opposé de 1 ou 2 centimètres environ. Il n'y avait pas d'atrophie musculaire, ni de zone d'hyperesthésie ou d'anesthésie sur l'avant-bras et sur la main.

Pensant que l'on ne pourrait pas réintégrer le nerf dans sa gouttière, je proposai une intervention semblable à celle que fit M. Poncet dans un cas publié par lui à l'Académie de médecine, en 1888. Je mis le nerf à nu. La gouttière épitrochléo-olécrânienne était vide. L'aponévrose d'insertion du cubital antérieur était détruite. Ne pouvant trouver d'autres tissus fibreux, je disséquai un lambeau triangulaire sur l'aponévrose qui recouvre les muscles épitrochléens, et je rabattai ce lambeau en arrière en le suturant à l'aponévrose du triceps, au-dessous de l'insertion de ce muscle à l'olécrâne. Ainsi j'avais reconstitué le canal ostéofibreux dans lequel passe le nerf cubital.

Le bras fut mis dans la demi-flexion et immobilisé pendant dix jours. Au bout de ce temps, mobilisation du membre supérieur. Plus de luxation du nerf cubital. Mais certaines douleurs persistent encore quand le malade fait des mouvements violents. Enfin, quand il veut fermer la main, il a des douleurs dans les deux derniers doigts. Il lui semble alors, dit-il, qu'il tend son nerf.

J'ai cherché, dans la littérature, les cas analogues à celui-ci. J'en ai trouvé un très petit nombre, à peine cinq ou six faits, dont le premier est dû à Blattemann, de Zurich, en 1851. Puis il y a le cas de M. Poncet en 1888. Je dirai même que ce sont là les seuls cas qui, soit dans l'étiologie, soit dans les symptômes, soient semblables au mien. Il est évident que je ne veux pas parler ici des luxations habituelles du nerf cubital qui s'accompagnent ou non de très légers troubles, mais je ne parle ici que des luxations traumatiques du nerf.

Le mécanisme invoqué pour la production de ces luxations est variable. Ramoningue, élève de Poncet, a pensé, après 300 expériences sur le cadavre, qu'il entrait, dans le mécanisme de ces luxations, les deux facteurs suivants :

a) L'atrophie de l'épitrochlée ; *b)* la contraction d'un triceps volumineux, dont le faisceau interne développé viendrait remplir la gouttière rétro-olécrânienne et chasser le nerf de sa loge. Un autre auteur, Hannequin, a même réséqué une fois cette portion trop volumineuse du vaste interne.

Zuckerkandl avait vu les deux causes invoquées par Ramoningue, mais il avait plus. On sait, en effet, que dans l'extension, l'avant-bras et le bras ne sont pas sur le même axe, mais forment un angle obtus à sinus externe. Ils forment au contraire un angle obtus à sinus interne dans l'extrême flexion. De là, dans ce dernier cas, la tendance naturelle pour le cubital, d'après Zuckerkandl, à contourner l'épitrochlée. C'est là un mécanisme très admissible pour les cas de luxations habituelles du nerf cubital.

Mais je reviens au cas que je présente en insistant sur le petit névrome que présentait le nerf à ce niveau. Il est évident que le pronostic de ces luxations est lié à la présence d'une lésion inflammatoire du nerf. Quant au traitement de l'affection, il varie suivant les cas. Parfois l'immobilisation a suffi pour remettre les choses en place. Plicque a eu récemment un succès par cette méthode. Mais d'autres fois il faut une intervention sanglante et il faut restaurer complètement la paroi postérieure du canal ostéo-fibreux rétro-épitrochléen du cubital.

M. Quénu. — M. Schwartz a bien fait d'insister sur la névrite dont était atteint le nerf cubital de son malade. On voit, aussi, dans toutes les observations qu'il a rapportées, qu'il y a eu plaie de la région du coude, que le volume du nerf s'est sensiblement accru par suite du développement de la névrite, très probablement interstitielle.

La question est donc de savoir si, en opérant ces malades, on a dirigé l'opération contre la névrite ou contre le simple déplacement du nerf.

Or, on a réussi à maintenir le nerf en position, mais les troubles douloureux ont persisté.

Cependant, je ne m'élève pas contre l'intervention qui a été faite. Au contraire, je conviens qu'il valait mieux soustraire le cubital malade aux chocs de toute sorte, en le fixant dans sa position normale où l'épitrochlée le protège.

Quant aux luxations signalées par Zuckerkandl, j'estime que l'on pourrait les appeler des luxations congénitales. J'ai eu, autrefois, un interne qui possédait deux luxations semblables sans en éprouver aucune gêne.

M. Delorme. — Je veux constater simplement que, sur un malade atteint de luxation du cubital consécutive à une luxation du coude, les troubles ont été si peu marqués que le malade a pu reprendre son service sans aucune gêne.

M. Poirier. — J'ai eu l'occasion d'examiner un cas de ces luxations congénitales dont parle M. Quénu. L'épithrochlée était non pas atrophiée, mais diminuée de volume.

M. Schwartz, au point de vue de la pathogénie de ces luxations, semble invoquer un autre mécanisme : la contraction du triceps.

Or, ou je ne connais plus mon anatomie, ou ce mécanisme n'est pas valable, car la luxation s'est produite, dans le cas de M. Schwartz, non pendant que le triceps se contracte, mais pendant la flexion.

Pour moi, le mécanisme est autre. D'abord, le volume de l'épitrochlée est variable. Sa forme l'est aussi. Quelques anatomistes, dont je suis, décrivent à la face postérieure de l'épitrochlée un sillon spécialement destiné au nerf cubital, mais ce sillon n'est pas constant, et, quand il n'existe pas, le nerf a, tout naturellement, tendance à glisser dans la flexion sur le plan incliné de la face postérieure de l'épitrochlée.

Supposez, d'autre part, que les insertions du cubital soient rompus par un trauma et tout sera bien fait pour la luxation du nerf.

Donc, destruction des insertions du cubital par un traumatisme, cela engendre les luxations traumatiques du nerf cubital;

défaut de gouttière pour le nerf cubital, cela conduit aux luxations congénitales de ce nerf.

M. Théophile Anger cite son cas propre. Il a eu, autrefois, une luxation du coude et, quelque temps après, il a ressenti des fourmillements dans le petit doigt; puis il a vu ses muscles interosseux s'atrophier. Son nerf cubital est en subluxation. Enfin, l'extension comme la flexion complètes sont impossibles.

Trente opérations pour fibrômes utérins.

M. Témoin (de Bourges) lit les résultats de trente opérations pour fibrômes utérins qu'il a enlevés par hystérectomie abdominale avec conservation d'un moignon utérin. Il y a eu 29 guérisons et 1 mort.

Présentation de malades.

M. Schwartz présente une luxation de l'épaule qui a été réduite deux mois et demi après l'accident. Ces mouvements sont possibles et ils se passent en partie dans l'épaule même.

M. Berger présente aussi une luxation sous-claviculaire de l'épaule compliquée de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus qui a été traitée sous chloroforme. Le malade peut faire des mouvements, mais ces mouvements se passent en partie dans l'omoplate.

Présentation de pièce.

M. Reynier présente un long appendice iléo-cœcal enlevé, il y a deux jours, à froid, chez un malade qui avait présenté auparavant un vaste abcès d'origine appendiculaire dans la fosse iliaque gauche. J'avais remarqué, en l'opérant une première fois, que l'abcès était limité en dedans par l'appendice qui remontait du cœcum jusqu'à l'ombilic. Mais je n'y avais pas touché.

Ensuite, le malade guérit de son abcès, mais continua à souffrir du côté de l'ombilic. Alors, attribuant ces douleurs à l'appendice que je savais être fixé à l'ombilic, j'ai fait à froid la résection de cet appendice. Le voici, il est volumineux, pas perforé, mais il présente des lésions évidentes de sa muqueuse.

Je me demande si le cas que je rapporte n'est pas en faveur de la théorie émise par MM. Talamon et Dieulafoy sur la formation d'abcès péri-cœcaux par filtration de matière fécale sans perforation de l'appendice.

M. Quénu. — M. Reynier n'est pas autorisé à ranger le cas qu'il rapporte parmi les faits invoqués par M. Talamon. L'appendice qu'il nous présente a des lésions de sa muqueuse. Cela suffit pour admettre, comme je l'ai montré depuis bientôt quatre ans, l'origine lymphangitique des abcès péri-cœcaux.

M. Brun appuie les idées de M. Quénu.

Jean Petit.

Ordre du jour du 10 mars.

Rapport *sur un cas de péritonite par perforation*, par **M. Hartmann. M. Michaux**, rapporteur.
Communication sur les pyélonéphrites, par **M. Routier**.
Cholélythiase biliaire, par **M. Tuffier**.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février 1896.

Anesthésie locale par le gaïacol.

M. Ferrand lit un travail sur un rapport de M. Pise (de Montélimar).

Il montre quel parti l'on peut tirer de l'emploi du gaïacol comme anesthésique local. En imbibant de gaïacol par une compresse que l'on applique sur la région malade, on arrive à produire une anesthésie suffisante pour que le malade ne ressente pas la douleur immédiate et consécutive que causent les pointes de feu.

Le gaïacol produit d'abord une légère élévation de température d'un demi-degré à peu près. Mais bientôt après il y a un abaissement marqué qui prouve l'anesthésie.

Cette substance est absorbée par la peau, pénètre ensuite dans la circulation, et enfin est éliminée par les urines et les organes respiratoires.

On devra empêcher l'évaporation du gaïacol en recouvrant la région d'un imperméable. Une application de dix minutes suffit pour obtenir l'analgésie. L'absorption, de son côté, est rapide, puisqu'on retrouve le gaïacol dans les urines un quart d'heure après son application sur la peau.

Si l'on emploie le gaïacol en injections sous-cutanées, on obtient une anesthésie permettant de faire des opérations d'ordre assez important.

M. Lucas-Championnière a montré le parti qu'on pouvait tirer de cette substance pour l'art dentaire; pour moi, j'ai employé l'huile gaïacolée au vingtième dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. J'ai vu que son action analgésique ne se diffusait pas à une grande distance autour de la seringue.

Quant aux phénomènes toxiques et au collapsus, ils seront évités si l'on ne dépasse pas la dose de deux centimètres cubes.

Le gaïacol est donc une substance anesthésique, grâce à laquelle peuvent se pratiquer différentes opérations.

Diagnostic de la tuberculose par la tuberculine chez les animaux.

M. Weber, au nom d'une commission spéciale nommée pour étudier la question, lit un rapport dont voici le résumé :

La tuberculine a montré que dans certains départements les animaux tuberculeux dépassent une proportion de 25 0/0. En Angleterre, chez certains bovidés, on a vu une proportion de 50 0/0.

Il suffit de 30 à 50 centigrammes pour que la température s'élève de 1°5 à 2°5. Cette réaction se montre entre la douzième et la quatorzième heure. Les animaux les plus malades réagissent le moins. C'est donc chez les animaux nettement tuberculeux que la réaction ne se produit pas. Quant à ceux que ne sont pas tuberculeux, il suffit de se rendre compte du mode de préparation de la tuberculine pour montrer que la contamination est impossible.

On a dit que la tuberculine provoquait une réaction chez les animaux sains. M. Nocard a répondu à cette objection en montrant que point n'est besoin de grosses lésions tuberculeuses pour que la maladie existe. Quant aux affections non tuberculeuses qui provoqueraient la réaction, elles sont accompagnées de tuberculose.

La tuberculine aggrave-t-elle les lésions des animaux tuberculeux? M. Nocard ne l'a constaté que trois fois. Une première épreuve, d'autre part, n'empêche pas une seconde de réussir, si on laisse un intervalle d'un mois entre les deux.

L'importance de la tuberculine réside surtout en ce fait que ce réactif permet de séparer les animaux tuberculeux des animaux sains. On soumet tous les animaux à l'épreuve de la tuberculine. Ceux qui ont réagi sont ensuite isolés, et l'étable désinfectée.

La tuberculine est donc un précieux moyen de diagnostic chez les animaux, et son emploi est à recommander.

Diagnostic précoce de la tuberculose par la tuberculine chez l'homme.

M. Straus présente un travail de **MM. Grasset** et **Vidal** (de Montpellier) dont voici le résumé :

Le diagnostic de la tuberculose à ses débuts est chose fort difficile, tout le monde s'accorde à le dire. La présence du bacille de Koch dans les crachats est un signe relativement tardif.

Aussi comprend-on qu'on ait dû chercher autre chose. M. Straus a montré quel parti on pouvait à ce point de vue tirer de la tuberculine. Ce moyen a rencontré des difficultés dans la pratique, parce que la tuberculine a été injectée à trop fortes doses.

Il semble qu'il faille employer des doses plus faibles. Deux ou trois dixièmes de milligramme paraissent suffire. Nous nous sommes servis de tuberculine envoyée par l'Institut Pasteur. Nous avons fait une dilution au dixième dans de l'eau phéniquée à cinq pour cent. Un gramme de cette dilution mis dans un litre d'eau bouillie donne une dilution au cinq-millième. Aussi chaque centimètre cube de celle-ci contient-elle deux dixièmes de milligramme.

L'emploi de la tuberculine doit se faire de la façon suivante :

On prend la température du malade maintenu au lit pendant trois jours avant l'injection de tuberculine. Celle-ci est faite dans la cuisse, et la température continue à être prise les jours suivants.

Nous avons répété l'expérience quatorze fois. Aux doses de cinq dixièmes de milligramme au maximum, les injections hypodermiques sont absolument inoffensives dans les conditions que nous venons de dire.

Par ce moyen la tuberculose peut être décelée chez des malades où on n'aurait pas pu la trouver par les autres procédés. La réaction que l'on obtient est quelquefois tardive, d'autres fois très faible. La tuberculose est-elle guérie ou avancée, la réaction peut manquer.

Toutefois la réaction ayant été signalée aussi dans les cas de lèpre, d'actinomycose et de syphilis, la tuberculine n'aura de valeur réelle que si ces maladies font défaut.

Traitement des céphalées rebelles.

M. Galliard traite les céphalées rebelles, fréquentes surtout chez la femme et distinctes de la neurasthénie, par le calomel qu'il emploie à la dose de six à dix grammes pendant cinq à six jours.

Il se base sur cinq observations dans lesquelles ce traitement lui aurait donné de très bon résultats, tandis que les autres traitements avaient tous abouti à un insuccès.

Bien entendu, il ne s'agissait pas là de malades syphilitiques, et ce n'est pas à son action antisyphilitique qu'il faut rapporter l'effet du calomel. Le médecin aura soin de surveiller la bouche du malade pour prévenir et combattre la stomatite mercurielle possible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février.

De l'appendicite familiale.

M. Faisans. — J'ai observé plusieurs cas d'appendicite chez les membres d'une même famille ; comme un certain nombre de faits semblables ont déjà été rapportés, on n'est pas en droit de les considérer comme des hasards de série.

On peut expliquer cette prédisposition de quelques familles à l'appendicite en admettant, comme le soutient M. Dieulafoy, qu'il s'agit d'une lithiase appendiculaire transmissible héréditairement comme les lithiases hépatique ou rénale.

Dans le plus grand nombre des cas que j'ai eu à traiter, l'appendicite familiale a présenté la forme récidivante, aboutissant tôt ou tard à la perforation avec péritonite septique promptement mortelle. Au point de vue thérapeutique, je crois que l'ablation de l'appendice s'impose donc, même dans les cas les plus bénins, à titre de traitement préventif.

M. Talamon. — J'ai également observé trois cas d'appendicite familiale et M. le docteur Haussmann m'en a communiqué un quatrième. Il me paraît résulter de ces quatre faits que l'appendicite familiale peut être due au déplacement d'une scybale dans l'appendice.

Je crois, en outre, qu'en présence d'antécédents appendiculaires familiaux, il faut tenir compte des moindres douleurs ressenties dans la fosse iliaque droite et que, si ces douleurs se répètent à courts intervalles, on doit craindre l'engagement ou la formation d'une scybale dans l'appendice, même si la palpation ne donne pas la sensation d'une tuméfaction locale.

Enfin, comme M. Faisans, j'estime que l'ablation de l'appendice dans un moment de calme est le meilleur moyen de prévenir les accidents auxquels les malades sont exposés du fait des coliques appendiculaires.

Il est possible également, comme vient de le dire M. Talamon, que certains vices de conformation de l'appendice prédisposent les sujets qui en sont porteurs aux coliques appendiculaires.

En somme, je ne crois pas que dans l'état actuel de la science on puisse expliquer toutes les appendicites par le même mécanisme, et il est probable que la pathogénie de cette affection est complexe.

M. L. Guinon. — Je rappellerai que, dans une des dernières séances de la Société anatomique, M. Pillet a signalé l'existence d'une lésion appendiculaire, consistant en une hypertrophie des follicules, qui ne serait pas étrangère au développement des appendicites et cela sans l'intervention d'aucun corps étranger.

M. Mathieu. — Pour élucider la question de la pathogénie de l'appendicite, il nous faudrait connaître les conditions générales et locales de la lithiase intestinale et savoir les rapports de la lithiase appendiculaire avec cette dernière.

J'ai fait faire l'analyse d'un certain nombre de graviers qu'une de mes malades, atteinte d'entérite muco-membraneuse, avait rendus dans ses selles. Ces graviers n'étaient constitués que par des phosphates ammoniaco-magnésiens et des sels de chaux. Un cas analogue a été communiqué tout récemment par M. Mongour à la Société de Biologie.

Quant au rôle de l'hérédité dans la production de l'appendicite familiale, je ne le comprends pas comme M. Faisans. Notre collègue se déclare partisan de l'hypothèse, émise par M. Dieulafoy, de la diathèse arthritique favorisant le développement d'une véritable lithiase appendiculaire, à la manière de la lithiase biliaire ou urinaire.

Pour ma part, j'inclinerais plutôt à admettre la transmission ou la coexistence héréditaire, dans une même famille, de quelque malformation portant sur l'appendice, qui n'est en réalité lui-même qu'un vestige d'organe incomplètement développé.

Ce qui corrobore dans une certaine mesure cette opinion, c'est que chez deux de nos malades il existait des vices de conformation (adhérences préputiales, descente tardive du testicule, etc., etc.), qui coexistaient chez d'autres membres de leur famille.

M. Rendu. — Je connais cinq familles dont plusieurs membres ont été également atteints d'appendicites. Quelques-uns d'entre eux seulement étaient des arthritiques. Je ne crois donc pas qu'il faille rattacher à l'arthritisme tous les cas d'appendicite familiale, comme le soutient M. Dieulafoy.

M. Hayem. — Tous les sujets prédisposés à l'appendicite que j'ai eu l'occasion d'observer étaient atteints de gastrite parenchymateuse, affection qui, comme on le sait, est essentiellement héréditaire.

M. Le Gendre. — L'appendicite ne se rencontre pas seulement chez les arthritiques; on la constate aussi chez les scrofuleux.

Quant à la relation de l'appendicite avec certains états gastriques, elle a déjà été signalée par M. Bouchard et, de mon côté, j'ai souvent remarqué que les sujets chez lesquels on observait l'appendicite étaient surtout ceux qui avaient habituellement de mauvaises digestions.

De la topographie du zona.

M. Achard. — On sait qu'il existe, le plus souvent, un défaut de concordance entre la topographie du zona et la distribution des nerfs périphériques. Cette considération a conduit M. Brissaud à rejeter l'opinion classique qui attribue au zona une origine périphérique. D'après notre collègue, la lésion initiale du zona siégerait dans les cordons postérieurs de la moelle et retentirait par l'intermédiaire des fibres sensitives sur les centres trophiques des nerfs cutanés.

Il y a deux ans, j'ai observé, à l'hôpital Cochin, une série de cas de zona du tronc ou des membres inférieurs et je me suis attaché à reporter aussi exactement que possible, sur des schémas, le siège de l'éruption. Cette étude m'a conduit aux mêmes conclusions que M. Brissaud. Comme lui, j'ai été frappé de la discordance qui existe entre la distribution du zona et celle des nerfs cutanés périphériques : je crois donc aussi que la lésion initiale du zona doit être située plutôt dans la moelle que dans les nerfs périphériques. Ce qui vient encore à l'appui de cette opinion, c'est que les troubles sensitifs de cause médullaire ont sur la peau des limites qui ne répondent pas aux territoires des nerfs cutanés. D'autre part, si l'on accepte la théorie périphérique du zona, il est nécessaire d'admettre des lésions multiples et disséminées comme au hasard dans des portions limitées de plusieurs nerfs distincts ; la théorie centrale, au contraire, permet d'invoquer des désordres plus simples à concevoir, car une lésion spinale d'étendue restreinte peut frapper dans leur trajet intramédullaire les branches verticales et collatérales de plusieurs neurones qui correspondent à des racines différentes.

En somme, à côté des zonas nettement périphériques comme ceux qui succèdent au traumatisme d'un nerf, il en est dont la cause paraît être spéciale : ce sont les zonas qui ne correspondent pas à la distribution des nerfs cutanés, c'est-à-dire probablement la majorité des cas de zona dit essentiel.

Déformations congénitales des extrémités.

M. Marfan présente une fillette de cinq ans et demi atteinte d'une déformation congénitale des quatre membres, plus prononcée aux extrémités, et caractérisée par un allongement des os avec un certain degré d'amincissement.

La déformation est surtout caractéristique aux mains : outre l'allongement des phalanges et des métacarpiens, on y constate une émaciation des muscles, dont les réactions électriques sont cependant conservées. H. Méry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 février.

Rachitisme expérimental.

MM. Gley et Charrin. — Nous avons montré comment les toxines des ascendants peuvent produire chez les descendants différents phénomènes tels que nanisme, atrophies, incurvations des os, etc.

Ce sont ces mêmes lésions que nous signalons de nouveau aujourd'hui, mais en y ajoutant divers éléments nouveaux : ventre étalé, diarrhée intermittente, poils hérissés, urines albumineuses, thorax noué, épiphyses énormes. Ce sont là les principaux caractères cliniques du rachitisme qui ont été expérimentalement reproduits chez les animaux.

Déjà à ce point de vue, on connaît le rôle des toxines tuberculeuses, pyocyaniques, diphtériques. De la même façon agit aussi la syphilis.

En ce qui concerne la question du rachitisme expérimental, les résultats les plus différents peuvent s'obtenir, tous sous la dépendance des sujets et des virus.

Il est donc bien évident que la réaction des cellules est variable. Ou bien l'action des toxines se trouve annulée par elles, ou bien les cellules subissent cette action à des degrés variables. A cela s'ajoutent des agents nombreux qui peuvent modifier les résultats : ainsi l'intensité dans l'intervention, ainsi encore le temps que dure cette intervention.

Dans le cas présent, ce sont les qualités du système osseux qui sont le plus troublées, sans que pour cela toutefois elles seules soient perturbées.

De la culture du bacille de Koch.

M. Dubois fait connaître, par l'intermédiaire de M. Gley, un nouveau mode de culture du bacille de Koch.

La sérosité virulente provenant de péritonite et de pleurésie est répartie dans une série de tubes. A chacun de ces tubes on ajoute du sérum de lapin, non stérilisé, renfermant 7 0/0 de glycose et 2 0/0 de glycérine. La même opération est répétée tous les jours, mais on ajoute plus que la moitié de la dose primitive, et ainsi jusqu'à ce que la quantité de sérum soit devenue égale à la quantité de sérosité. On laisse les tubes bouchés pendant le temps que durent ces manipulations, et on les met de plus à l'étuve à 38 degrés.

On prend ensuite un centimètre cube du mélange, et on le porte dans un autre tube contenant du sérum de lapin glycoglycériné et non stérilisé.

Après une quinzaine de jours, c'est avec cette dernière culture que l'on fait l'ensemencement, en suivant les procédés ordinaires, sur sérum solidifié et glyco-glycériné.

Méthode pour la recherche des transformations chimiques intraorganiques et de l'origine immédiate de la chaleur dégagée par l'homme et l'animal.

M. Kaufmann. — La méthode que j'ai employé pour étudier les phénomènes intimes de la nutrition consiste à rechercher sur le même sujet, simultanément et directement, les échanges respiratoires, l'excrétion azotée totale et la chaleur dégagée.

Les échanges respiratoires et la chaleur dégagée s'obtiennent à l'aide du procédé calorimétrique de Hirn. Quant à l'azote total, il est dosé par le procédé de Kjeldahl ; on s'adresse, pour cela, à l'urine, et l'on vide la vessie avant et après l'expérience.

Je mets l'homme ou l'animal en expérience dans une chambre calorimétrique parfaitement close. Je puis ainsi déterminer fort exactement la valeur des échanges respiratoires, en établissant la composition de l'atmosphère de l'enceinte après chaque expérience.

Enfin, si l'enceinte calorimétrique est installée dans un grand local à température invariable, si l'animal occupe le milieu de l'enceinte sans en toucher les parois, on peut obtenir une mesure exacte de la chaleur.

Grâce à cette méthode, on a les éléments nécessaires pour étudier les différentes questions ayant trait aux transformations cliniques qui se font dans l'organisme animal, normalement ou à l'état pathologique.

LES LIVRES

Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques, par P. Brouardel.

Depuis quelques années, nombre de professeurs ont pris l'habitude de publier, en éditions séparées, les leçons qui résument l'enseignement dont ils sont chargés. Nous devons à cette coutume des ouvrages estimés, comme le furent jadis les célèbres *Cliniques* de Trousseau, et comme le sont de nos jours des recueils similaires dont l'apparition est toujours saluée avec faveur par ceux qui veulent se tenir au courant de la pathologie. Les mêmes raisons expliquent et justifient tout aussi bien la publication d'un cours de médecine légale, où les sujets ne le

cèdent nullement en intérêt à ceux que l'observation permet de recueillir directement au lit du malade.

En effet, il n'est guère de fonction plus sérieuse que celle du médecin légiste, de questions plus variées et plus attrayantes que celles qu'il est appelé à discuter journellement.

Nous avions déjà exprimé cette idée antérieurement lorsque nous avons rendu compte d'un autre ouvrage du professeur Brouardel : *Etudes sur la mort, les morts subites*.

Nous l'exprimons de nouveau à propos de l'étude sur les asphyxies par les gaz, vapeurs et anesthésiques, qui forme l'objet d'un gros volume de près de 400 pages. On se heurte ici aux plus délicats problèmes de physiologie, car il s'en faut que nous soyons édifiés complètement sur le mécanisme de l'asphyxie dans tous les cas, sur la valeur toxique des divers agents qui peuvent produire l'état de l'organisme désigné habituellement sous ce nom. On rencontre même, dans cet ordre de faits, des difficultés considérables, par exemple lorsqu'il s'agit d'apprécier l'action des anesthésiques, action si souvent discutée, et à propos de laquelle nous avons plus d'une fois vu s'ouvrir des débats judiciaires retentissants. C'est ici que l'on peut apprécier à sa hauteur le rôle du médecin expert, et l'étendue de la responsabilité qui lui incombe du fait de sa qualité d'arbitre dans certains débats où le sort de l'accusé peut dépendre entièrement de la décision qu'il est appelé à prendre. Lisez à ce sujet les chapitres consacrés à l'empoisonnement par le protoxyde d'azote ou par le chloroforme, et vous serez frappé des difficultés de sa tâche aussi bien que de la portée de son intervention : car ici ce ne sont plus des personnes vulgaires, des ignorants, qui sont en cause : ce sont le plus souvent des médecins, des confrères, vis-à-vis desquels sa conscience de légiste doit éprouver un redoublement de scrupules qui peut se traduire, et cela se conçoit sans peine, par une timidité excessive dans ses conclusions. De fait, nous ne connaissons pas encore exactement le mécanisme de la mort dans tous ces cas, et cette ignorance fâcheuse ne peut que grandir une responsabilité déjà très grande.

On retrouve d'ailleurs, bien qu'à un moindre degré, de semblables difficultés à propos des autres empoisonnements, oxyde de carbone, hydrogène sulfuré, gaz d'éclairage, qui forment en quelque sorte la monnaie courante de la pratique de l'asphyxie. L'esprit public est du reste familiarisé avec les drames qui s'y rapportent, et il n'est personne qui n'ait parcouru avec effroi le récit des incendies de théâtres, où ces différentes causes de mort trouvent à s'exercer en grand et font de trop nombreuses victimes. On feuilletera ce dernier chapitre qui fait l'objet, dans le livre de M. Brouardel, de pages très émouvantes accompagnées de reproductions photographiques qui impriment au récit un caractère de réalité retrospective tout à fait saisissant.

Nous recommandons la lecture des leçons sur l'asphyxie comme lecture à la fois instructive et agréable. Ajoutons pour ceux qui ont le souci et l'amour de l'exactitude qui ce livre est doublé d'un chapitre d'autopsies, chapitre bourré de faits, qui ne laisse rien à désirer au point de vue de la précision strictement documentaire.

P. Muselier.

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Hygiène générale de la peau et du cuir chevelu, par le Dr Henri Fournier, 21e volume de la *Petite Encyclopédie médicale* In-18 jésus de 158 pages, cartonné à l'anglaise, prix : 3 fr.

Le but de l'auteur a été de mettre en garde le public contre les erreurs et les pratiques fâcheuses qui nuisent à la santé générale de la peau et en particulier du cuir chevelu.

Il démontre qu'on conserverait toujours ses cheveux, exception faite pour certains cas incurables et d'ailleurs rares, si, au lieu de n'obéir à aucune règle en ce qui les concerne, on savait s'y rapporter aux données de l'observation et aux exemples que nous fournissent les choses de la nature.

Mais ce livre n'est pas seulement théorique. Il contient nombre de conseils sur l'entretien de la chevelure ainsi que des formules variées pour les altérations banales du tégument. Ainsi que l'a écrit l'auteur dans son avant-propos, ce volume est avant tout un receuil de petits faits et de connaissances utiles.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 9 AU 14 MARS 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 mars, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Retterer, Sebileau. — 3e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, André. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Tuffier, Ricard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Hayem, Widal.

Mardi 10 mars, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Mathias-Duval, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Farabeuf, Rémy, Nélaton. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Maygrier, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Berger, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Dieulafoy, Proust, Charrin.

Mercredi 11 mars, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Sebileau, Delbet. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Gilles de la Tourette. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Pinard, Broca, Walther. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Lejars, Varnier.

Jeudi 12 mars, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Panas, Farabeuf, Albarran. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Rémy, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gley, Chassevant. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Joffroy, Charrin. — 4e : MM. Proust, Achard, Gilbert.

Vendredi 13 mars, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Gancher, Wurtz. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Lejars, Ricard. — 5e (2e partie), Chirurgie, Charité : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 14 mars, à 1 heure. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Letulle. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Chantemesse, Ménétrier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Panas, Duplay, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Hutinel, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 11 mars, à 1 heure. — *M. Soueix* : Troubles oculaires dans le psoriasis et le pemphigus (MM. Fournier, Grancher, Gaucher, Wurtz). — *M. Larroque* : Les gommes épisclérales (MM. Fournier, Grancher, Gaucher, Wurtz). — *M. Bertrand* : Essai sur la pleurésie dans la blennorrhagie (MM. Straus, Tillaux, Tuffier, Widal). — *M. Maneeau* : Du salol en chirurgie (MM. Tillaux, Straus, Tuffier, Widal).

Jeudi 12 mars, à 1 heure. — *M. Ancelet* : Essai historique et critique sur la création et la transformation des Maternités à Paris (MM. Laboulbène, Raymond, Marie, Bonnaire). — *M. Pauly* : De l'épilepsie jacksonienne ; considérations cliniques et thérapeutiques (MM. Laboulbène, Raymond, Marie, Bonnaire). — *M. Potter* : Contribution à l'étude des myélites infectieuses (MM. Raymond, Laboulbène, Marie, Bonnaire). — *Mlle Herh* : Grossesse imaginaire (MM. Raymond, Laboulbène, Marie, Bonnaire). — *M. Minelle* : Contribution à l'étude des myxômes de la parotide (MM. Le Dentu, Berger, Bar, Hartmann). — *M. Lucas* : Contribution à l'étude du traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet (MM. Le Dentu, Berger, Bar, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Clinique des maladies des enfants.

M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies infantiles le mardi 10 mars 1896, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les cours complémentaires continueront comme dans le semestre d'hiver.

Cours de pharmacologie.

M. le professeur Gabriel Pouchet commencera les conférences pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie le jeudi 19 mars 1896, à 5 heures (amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Objet : Etude du droguier. — MM. les étudiants seront exercés, individuellement et à tour de rôle, à la reconnaissance et à l'étude des substances médicamenteuses et toxiques, ainsi qu'à l'art de formuler.

Cours complémentaires d'accouchements.

M. Maygrier, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le samedi 7 mars 1896, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie externe.

M. Ricard, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 6 mars 1896, à 5 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredi suivants, à la même heure.

Conférences de physiologie.

M. Gley, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 mars 1896, à 5 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie.

M. Sebileau, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 mars 1896, à 4 heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences de thérapeutique.

M. Gilbert, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 mars 1896, à 6 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Démonstrations pratiques de physiologie.

Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le vendredi 6 mars 1896, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie.

Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à 4 heures.

Les élèves de 1re année (nouveau régime), 2e et 3e années (ancien régime) sont obligés d'assister à ces démonstrations.

Ils seront divisés par séries, et recevront une lettre de convocation spéciale.

Clinique.

M. le docteur Ricard, chirurgien des hôpitaux, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Reclus (jusqu'à la fin de la présente année scolaire), d'un cours annexe de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié.

Concours.

Un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine d'Anger.

M. le docteur Legludic, professeur de physiologie, est maintenu, pour une période de trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Poitiers.

M. Léger, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Lille.

M. le professeur de Lapersonne est nommé, pour une période de trois ans, doyen de ladite Faculté.

M. le docteur Charmeil, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours de thérapeutique.

Ecole de médecine de Rennes.

Un concours s'ouvrira, le 16 juillet 1896, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite Ecole.

Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital Saint-Louis.

M. le docteur Gastou, chef de clinique adjoint de la Faculté, commencera des conférences théoriques et pratiques de dermatologie et de syphiligraphie le samedi 14 mars 1896, à 2 heures, salle Henri IV, et les continuera les jeudis et samedis, à la même heure.

M. Du Castel : conférence clinique tous les samedis (à partir du 7 mars), à 2 heures et demie.

Avant la leçon, à 1 h. 1/2, consultation externe.

Concours de médecine.

MM. Hallion, 15 ; Jeanselme, 18 ; Plicque, 17 ; du Pasquier, 14 ; Dutil, 16 ; Legry, 18 ; Régnier, 15 ; Ettlinger, 16 ; Sallard, 17 ; Sottas, 17 ; Belin, 16 ; Soupault, 18 ; Souques, 20 ; de Grandmaison, 17.

Concours de chirurgie.

Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 19 mars pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Arrou, Benoît, Brodier, Cazin, Chevalier, Chapitault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Lyot, Mauclaire, Morestin, Peraire, Reblaud, Rieffel, Souligoux, Thiéry, Villemain, Wassilieff.

Le jury est composé de MM. Guéniot, Cruveilhier, Péan, Le Dentu, G. Marchand, Déjerine, Reclus.

Cours privés gratuits.

Ophtalmologie. — M. de Wecker fera, les lundis, mercredis et vendredis, à partir du 11 mars (55, rue du Cherche-Midi), de 4 heures à 5 heures 1/2, des conférences cliniques sur le décollement de la rétine et sur l'irido-choroïdite.

ACTES OFFICIELS

Un décret en date du 24 février 1896 porte que, quelle que soit leur valeur, les effets d'habillement des militaires décédés dans leurs foyers par suite de maladies contagieuses et épidémiques sont incinérés sur place par les soins de la gendarmerie.

Le ministre de l'intérieur a décerné une *médaille d'argent* à M. le docteur Vergnes (de Paris), pour services rendus dans la protection du premier âge.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE ROND DE L'ESTOMAC

Aucun signe pathognomonique, par conséquent nécessité :

I. De procéder à une analyse consciencieuse des symptômes, concernant :

1° Le *type normal;*

2° Les *types anormaux* ou *les formes.*

II. Nécessité, en outre, d'étayer le *diagnostic symptomatique* par le *diagnostic différentiel* (procédé d'élimination).

III. Certitude de l'ulcère une fois acquise, il reste à en déterminer le *siège*, la *nature*, les *conditions de l'intervention opératoire*.

Tel est le plan.

I. Diagnostic symptomatique (*type normal*).

Jeune fille de 18 à 25 ans avec stigmates de chlorose. — *Trois périodes*.

1° Période d'invasion.

C'est la phase dyspeptique. Malaise mal défini *post prandium*, pesanteur, plénitude stomacale, amaigrissement, nervosisme, irritabilité du sujet.

2° Période d'état.

A. Grands symptomes (de premier ordre).

1° *Douleur :*

Son début : 15 à 30 minutes après le repas.

Son siège : creux épigastrique, 1 centimètre au-dessous appendice xyphoïde dans une région plus ou moins limitée.

Ses caractères : Comparaisons classiques : « vésicatoire dans l'estomac », « fer rouge dans l'abdomen », douleur en coup d'épée, en broche, transfixiante (Cruveilhier).

Ses irridiations : Point dorsal entre la neuvième dorsale et les deux ou trois premières lombaires. Irridiations, en outre, vers hypocondres, ombilic. épaules et même bras et avant-bras.

Ses variations : Exacerbée par la pression (corset, certaines professions), par les mouvements, la qualité des aliments (mets grossiers, liqueurs), les règles, les émotions.

2° *Vomissement :*

Son début : Succède à la douleur, correspond au maximum d'intensité de cette douleur.

Son caractère : Non précédé de nausées. Brusque, facile, en une seule fois, d'un seul jet (chaleur interne lui succède, puis malade est tranquille).

Peuvent être de deux sortes : *alimentaires* ou *hémorrhagiques* et c'est alors le troisième grand symptôme.

3° *Hémorrhagie.*

Son début : D'emblée ou consécutive à des vomissements alimentaires, presque toujours précédée d'une sensation de saveur spéciale.

Son caractère : Se traduit sous la forme d'*hématémèse* (sang rouge, rutilant) ou de moelleux (selles noirâtres).

Ses variations : Peu intense à tendances récidivantes ou au contraire révélant les allures d'une grande hémorrhagie avec petitesse du pouls, syncope et mort consécutive.

B. Symptomes de second ordre :

Tirés :

a) De l'examen des signes physiques : dilatation stomacale, gargouillement.

b) De l'examen du suc gastrique : hyperchlorhydrie, 2 gr. 5 à 3 grammes de HCl pour 1,000 de suc gastrique, décélés soit par méthode de Hayem et Winter, ou par procédé de Günzbourg (capsules fibrineuses de HL), par procédé d'Ewald (dédoublement du salol), par procédé de Le Roy de Langevinière (élévation de la température locale stomacale).

c) De l'examen du sang : Diminution de l'alcalinité. Dissolution de l'hémoglobine. Hémoglobinémie sans hémoglobinurie.

d) De l'examen de l'urine : Proportionnellement plus d'urée par rapport aux chlorures.

e) De l'état général : Facies pâle, chlorotique mais fatigué et émacié.

3° Période de terminaison.

Evoluant soit vers *guérison*, soit vers cachexie progressive, ou vers *complication* rapidement mortelle.

II. Diagnostic symptomatique (Formes).

Prédominance de l'un des trois symptômes au détriment des deux autres :

Forme *gastralgique ;*

Forme *vomitive ;*

Forme *hémorrhagique ;*

Forme *latente*, révélée seulement par hématémèse brusque et mortelle, ou par perforation et péritonite suraiguë.

III. Diagnostic différentiel.

Dans le type normal.

D'avec le *cancer*, mais dans ce dernier, prendre en considération : l'âge, les douleurs sourdes, l'anorexie (viande), les vomissements noirs, une tumeur apparente, la phlegmatia alba dolens, une cachexie spéciale (jaune paille), l'adénopathie à distance (Troisier), la leucocytose, l'anachlorhydrie, l'hypoazoturie (Rommelaër), l'évolution progressive, sans rémission.

Penser encore à la *gastrite scléreuse hypertrophique* de Hanot et de Gomhanlt.

Dans la forme gastralgique.

D'avec les crises gastriques :

a) Des *tuberculeux ;*

b) Des *hyperchlorhydriques :* hyperchlorhydrique simple (Mathieu) ; hypersécréteur intermittent (Bouveret) ; hypersécréteur continu (Reichmann) ; gastroxie de Lépine ; gastroxynsis de Rossbach ;

c) Des *nerveux :* hystérie, neurasthénie à ptose rénale (rein flottant), maladie de Basedow, tabès, sclérose en plaques, paralysie générale progressive.

Dans la forme vomitive.

D'avec la *gastrite éthylique*.

D'avec les *vomissements périodiques de Leyden*.

Dans la forme hémorrhagique :

D'avec les *hémoptysies* des tuberculeux, des cardiaques (rétrécissement mitral).

D'avec les *varices œsophagiennes* des cirrhotiques.

IV. Diagnostic du siège.

Possible d'après les caractères tirés :

A. De la douleur :

Aussitôt après l'ingesta : cardia.

Une heure ou deux après l'ingesta : pylore.

B. Du siège de cette douleur :

Douleur omhilicale : grande courbure.

Douleur hypocondre gauche : cardia.

Douleur hypocondre droit : pylore.

C. De l'attitude du malade :

Assis : petite courhure.

Décubitus ventral : face postérieure.

Décubitus dorsal : face antérieure.

Décubitus latéral droit : cardia.

Décubitus latéral gauche : pylore.

Discuter l'ulcération possible de l'œsophage et du duodénum.

V. Diagnostic étiologique.

Incertitude, citer la chlorose. la tuberculose, la syphilis, le traumatisme. Souvent aucune cause appréciable.

VI. Diagnostic anatomo-pathologique.

Ulcération unique à dimension d'une pièce de 1 fr. environ, à bords nets, comme coupés à l'emporte-pièce, à parois creusantes en forme de gradins, à fond en entonnoir et hien détergé, difficile à confondre avec la tumeur cancéreuse hourgeonnante, saignante, à bords renversés et riches en suc laiteux.

VII. Diangostic de l'intervention opératoire.

Se pose en face de l'échec du traitement médical, mais surtout en face des complications : perforation, abcès sous-phréniques, sténoses consécutives du cardia ou du pylore.

Ath. S.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 11 14 Mars 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

AVIS. — MM. les actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont prévenus que l'assemblée générale annuelle aura lieu, au siège social, le samedi 28 mars, à 5 heures 1/2. Le présent avis, aux termes des statuts, doit tenir lieu de lettre de convocation.*

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. EMERY, interne du service.

(Suite.)

VARIÉTÉS PAR SYMPTOMES ASSOCIÉS

L'herpès ne se borne pas toujours à la symptomatologie succincte et toute locale qui a été exposée dans la description générale.

Quelquefois à cette symptomatologie courante et usuelle viennent s'ajouter tels ou tels symptômes qui modifient la physionomie morbide. De là des variétés, dont il importe que je dise quelques mots, au moins relativement aux principales.

1° Herpès à retentissement ganglionnaire.

Il est professé par les classiques et il est admis par l'opinion presque générale que l'herpès n'a pas de retentissement ganglionnaire, n'a pas d'adénopathie symptomatique.

« Avec l'herpès, ganglions indemnes, dit-on ; avec l'herpès, pas de bubon. »

Cela est vrai, cette règle s'appliquant à la majorité des cas ; mais cela n'est pas absolument vrai ; car il est un bon nombre de cas qui font exception à cette loi. Je ne le croyais pas au début de ma pratique ; je vivais dans cette opinion qu'avaient léguée mes devanciers, à savoir que l'herpès n'exerce pas de réaction sur le système ganglionnaire ; cela m'a valu plusieurs erreurs diagnostiques, dont je m'accuse et que j'ai dû reconnaître. Aussi, fort de mon expérience et éclairé par lesdites erreurs, suis-je autorisé à tenir un autre langage, en formulant la proposition suivante qui me semble bien plus conforme à la réalité clinique.

Si l'herpès laisse en général les ganglions indemnes, il les affecte pour un certain nombre de cas ; et même il est capable de les affecter suivant trois modes que je vais spécifier :

I. — Assez fréquemment il réagit sur les ganglions en y déterminant ce premier degré de l'adénite qu'on appelle l'adénite congestive, caractérisée par une certaine tuméfaction de la glande, avec endolorissement au toucher.

Cela, d'abord, est constant pour la variété d'herpès que je décrirai bientôt sous le nom d'herpès confluent et qui s'accompagne d'un violent degré de réaction locale (inflammation érythémateuse, quelquefois érysipélateuse, de toute une région). Comment concevrait-on qu'avec une pareille intensité de phlegmasie locale les ganglions restassent indifférents ?

Mais, en second lieu, dans les formes usuelles de l'herpès, les ganglions présentent assez souvent une fluxion inflammatoire plus ou moins accentuée.

A preuve ce qu'on observe, par exemple, dans l'herpès guttural (angine couenneuse commune) où les ganglions sont généralement affectés, suppurent même quelquefois. (Lasègue, p. 68.)

A preuve ce qu'on observe dans l'herpès palpébral qui, d'après Galezowski, serait très fréquemment accompagné d'une adénopathie pré-auriculaire. Plusieurs faits, réunis dans une thèse sur ce sujet (Thèse du Dr Berlioz), témoignent nettement de cette réaction de l'herpès palpébral sur les ganglions correspondants.

A preuve ce qui se passe dans bon nombre d'herpès cutané. Un seul exemple. Dans le cas précité, dû au Dr Thibierge, un herpès récidivant de la joue s'accompagnait,

en avant de l'angle de la mâchoire, d'un ganglion lymphatique légèrement enflammé. (*Mercredi Médical*, 1890. p. 521.)

Il en est de même pour l'herpès génital, qui détermine parfois, même discret, des congestions ganglionnaires inflammatoires, avec tuméfaction d'un ou de deux ganglions devenus sensibles spontanément, plus sensibles encore à la pression. On a même vu (mais ceci n'est qu'une rareté, une réelle exception, je l'avoue), des adénites de ce genre aboutir à la suppuration (Voir Doyon, p. 17). La règle est que ces adénites, sous l'influence de quelques soins, rétrocèdent et disparaissent.

II. — Mais, en d'autres circonstances, le retentissement ganglionnaire de l'herpès se produit sous une forme différente; à savoir sous une forme froide, aphlegmasique, tout à fait comparable à ce qu'est, à son début, l'adénite symptomatique du chancre induré.

Cette forme, inutile de le dire, offre un intérêt clinique considérable, parce que (déjà vous l'avez prévu) elle peut servir d'origine à la grave, à la regrettable erreur qui aboutit à confondre l'herpès avec le chancre syphilitique.

Ce qu'on observe est bien simple et se réduit à ceci :

Coïncidemment avec un herpès génital, production dans l'une des aines ou (plus rarement) dans les deux d'une adénopathie caractérisée par le développement d'un ou de deux ganglions ; plus rarement trois, exceptionnellement quatre :

Ganglion offrant en moyenne le volume d'une petite noisette ou d'une olive ;

Ganglion ferme au toucher, mais sans dureté réelle ;

Ganglion non douloureux ;

Ganglion restant mobile, froid et aphlegmasique.

Constituée de la sorte, cette adénopathie herpétique se rapproche par nombre de caractères de ce qu'est le bubon symptomatique du chancre syphilitique; elle s'en rapproche :

1° Par sa multiplicité possible ;

2° Par ses ganglions mobiles (sans empâtement périphérique) ;

3° Par ses ganglions indolents ;

4° Par ses ganglions aphlegmasiques.

Exemples : Dans le cas précité que j'ai observé avec le docteur Dieulafoy, il existait dans l'une des aines trois ganglions, à savoir : un, petit et pisiforme; et deux comparables chacun à une olive.

Dans un autre cas dont je vous entretenais il n'y a qu'un instant (celui à propos duquel M. Ricord me répondit par un ?), on trouvait dans l'aine correspondante à la lésion trois ganglions du volume d'un gros grain de cassis.

Dans un troisième cas, chacune des aines présentait deux ganglions comparables à de petites noisettes.

On dira en revanche et avec toute raison qu'elle en diffère à de nombreux points de vue :

Par ce que ses ganglions sont bien moins multiples que ceux de la pléiade symptomatique du chancre syphilitique;

Par ce qu'ils sont bien moindres comme volume ;

Par ce qu'ils n'ont pas la consistance, la dureté presque spécifique, du ganglion de la pléiade, etc.

Certes, oui, répondrai-je ; mais notez qu'en l'espèce, par le diagnostic spécial dont nous poursuivons l'étude (à savoir le diagnostic différentiel d'un herpès et d'un chancre naissant), il ne s'agit pas de mettre en parallèle avec l'adénite de l'herpès la pléiade confirmée, la pléiade adulte du chancre adulte, mais bien la pléiade jeune, naissante, presque embryonnaire. Or, quelle est cette pléiade, alors qu'elle commence seulement à se constituer ? Exactement ce qu'est l'adénopathie possible de l'herpès.

En sorte qu'étant donnée une lésion toute jeune, datant d'une semaine, je suppose, l'existence d'une adénopathie légère constituée par de petits ganglions indolents, mobiles et aphlegmasiques, devient ou une source d'embarras pour le diagnostic ou une source d'erreurs. Car, de deux choses l'une, forcément :

Ou bien, l'on sait ce qu'il faut qu'on sache, c'est-à-dire que l'herpès peut se compliquer d'une adénopathie de ce genre, et alors cette adénopathie devient une difficulté de plus pour le diagnostic, en même temps, il est vrai, qu'une garantie contre la possibilité d'une erreur ;

Ou bien, si l'on méconnaît, si l'on ignore qu'une adénopathie de cet ordre peut coexister avec l'herpès, on conclut contre l'herpès en faveur du chancre, c'est-à-dire qu'on court risque de faire un chancre de ce qui peut bien n'être pas un chancre.

Or, jusqu'à ces derniers temps, on donnait comme un des éléments majeurs du diagnostic différentiel du chancre et de l'herpès la proposition suivante :

Avec le chancre syphilitique, adénopathie constante;

Avec l'herpès, immunité des ganglions.

Eh bien, aujourd'hui, il faut revenir sur l'absolutisme de cette proposition et dire, en ce qui concerne l'herpès :

1° Oui, pour la plupart des cas, l'herpès (et seulement encore l'herpès discret) laisse indemnes les ganglions :

2° Mais, pour un certain nombre de cas, l'herpès, même discret, exerce un certain retentissement sur les ganglions ;

3° Et l'adénopathie, qu'il constitue alors, est d'autant plus insidieuse, d'autant plus périlleuse comme signification, qu'on en pourrait déduire qu'elle se rapproche absolument, par l'ensemble de ses caractères, de ce qu'est, à ses débuts, la pléiade symptomatique du chancre.

Donc, étant donnée une lésion douteuse des organes génitaux, lésion qui peut être un chancre ou un herpès, il ne faut pas s'empresser de conclure au chancre sur la foi de quelques ganglions qu'on peut rencontrer dans les aines, car de tels ganglions peuvent aussi bien relever de l'herpès.

III. — Enfin, à titre de complication rare, mentionnons que :

Des adénopathies de forme chronique, strumoïdes ou strumeuses, ont été quelquefois observées à la suite de l'herpès, et presque toujours de l'herpès à récidives multiples. J'ai plusieurs cas dans mes notes d'adénopathies inguinales de cet ordre, qui ont succédé à des herpès génitaux récidivants.

Rien que de très naturel à cela. Sur un terrain prédisposé, c'est-à-dire sur un lymphatique ou un scrofuleux, tout est prétexte à la dégénérescence ganglionnaire, et une irritation aussi répétée que l'herpès récidivant est merveilleusement faite pour appeler à sa suite une complication de cet ordre.

Comme seconde variété du groupe qui m'occupe actuellement, se présente l'herpès dit névralgique.

C'est un fait connu de vieille date que certaines éruptions herpétiques de divers sièges se présentent précédées, accompagnées ou suivies de phénomènes nerveux plus ou moins réguliers. Relativement à l'herpès génital, j'ai longuement insisté sur ce point dans mes leçons de Lourcine, en 1893. Depuis lors, MM. Dreyfus et Mauriac ont repris ce sujet et produit à son propos de très intéressantes observations.

L'herpès dit névralgique consiste donc, sommairement, en ceci : association à une éruption herpétique de phénomènes nerveux locaux, variables d'expressions, mais consistant le plus souvent en des sensations douloureuses locales, avec ou sans irradiations périphériques.

Précisons immédiatement quels sont ces phénomènes.

Le plus souvent, ils restent exclusivement locaux et consistent en ceci :

Hyperesthésie locale singulière, sous forme de sensation de chaleur, de tension, de picotements, de fourmillements, d'élancements, de traits de feu, d'éclairs de douleur, etc., etc. : — tous phénomènes sujets soit à des paroxysmes, soit à des rémissions qui n'ont rien que de très irrégulier.

Quelquefois, mais plus rarement, cette hyperesthésie est accompagnée ou suivie de quelques phénomènes d'anesthésie circonscrite, ou de paresthésie.

Assez fréquemment aussi, l'hyperesthésie locale se complique d'irradiations douloureuses en dehors de la région qui est le siège de l'herpès et à notable distance ; irradiations tantôt absolument vagues comme direction, tantôt paraissant suivre un trajet anatomique, celui d'un nerf notamment.

Le cortège de symptômes nerveux, le petit « orage nerveux » (comme l'a très bien qualifié M. Mauriac), qui se produit en connexion avec l'herpès, constitue le plus souvent un ordre de phénomènes prémonitoires. Il précède l'éruption herpétique, y prélude, et cela à échéance variable entre quelques heures et deux ou trois jours. Quelquefois cependant il ne se manifeste qu'avec elle ou même (ce qui est rare) se laisse devancer par elle.

Il rappelle donc assez bien, à cet égard comme à d'autres titres, l'ordre de symptômes nerveux qui se produit, d'une façon pour ainsi dire constante, avec le zona.

Mais ce qui est remarquable à son propos, bien plus que pour le zona, c'est la disproportion choquante qu'il est impossible de ne pas remarquer entre une lésion minime comme l'herpès et des manifestations nerveuses qui ne laissent pas quelquefois d'être assez importantes comme intensité de phénomènes, comme étendue, comme acuité, etc. Un simple bobo coexcitant avec un appareil névropathique très accentué, n'est-ce pas bizarre, n'est-ce pas surprenant, et cela, soit qu'il en soit la cause, soit qu'il en soit l'effet? Eh bien, c'est là pourtant ce qui s'observe en nombre de cas. Car, chose curieuse, c'est presque toujours avec l'herpès discret que se produisent les phénomènes nerveux en question, quelquefois même avec un herpès borné à quelques misérables vésicules. M. Mauriac a même cité le cas où un herpès anal, réduit à une seule vésicule, s'accompagna de douleurs lancinantes et en éclair dans le périnée, les fesses, le scrotum, la région postérieure d'une cuisse, en même temps que de douleurs anales crampoïdes, de douleurs prostato-vésicales, des douleurs de la portion membraneuse de l'urètre.

C'est avec les herpès récidivants que s'observent seulement ces phénomènes nerveux — qui sont toujours les mêmes à chaque récidive. Les herpès récidivants de tout siège peuvent prendre le caractère névralgique. Cela a été observé pour l'herpès cutané. Exemple : Une de mes clientes est sujette, depuis plusieurs années, à une forme singulière d'herpès récidivant, qui se produit de temps à autre (tous les deux ou trois mois environ) sur l'une des faces latérales de l'index. Or, chez cette malade, chaque éruption est invariablement précédée, annoncée par d'assez vives douleurs névralgiformes qui occupent l'avant-bras et notamment la face postérieure du coude.

De même, l'herpès lingual s'accompagne quelquefois de douleurs, d'élancements de la langue.

Mais, plus que tout autre, c'est l'herpès génital qui affecte ce caractère névralgique ; il se présente même souvent à un très haut et très remarquable degré.

C'est ainsi que, très souvent, l'herpès génital est précédé ou accompagné, à ses débuts, par des douleurs vagues de toute la verge, des élancements, des picotements, des cuissons.

Des douleurs aux aines, au périnée, au pubis ; douleurs s'irradiant parfois jusque vers les lombes, ou bien (plus fréquemment encore) vers la partie supéro-interne des cuisses, voire parfois de toute la cuisse et jusque dans la jambe.

D'autres fois, ces sensations prodromiques ou concomitantes présentent un caractère différent, celui d'un éréthisme génital ou génito-urinaire : érections fréquentes, sans désir génital, sans appétit génital; pollutions nocturnes.

Souvent aussi : sensibilité singulière et difficilement descriptible de l'urèthre ; le malade se sent uriner : le passage de l'urine est presque douloureux ; besoin de la miction se répétant d'une façon fréquente : quelquefois même léger suintement aqueux ou laiteux, opalin, se produisant par l'urèthre et durant quelques jours.

Plus rarement, ténesme anal.

Et, ce qu'il y a de plus remarquable encore dans ces phénomènes concomitants de l'herpès, c'est que, chez les sujets qui les présentent, ils se reproduisent presque invariablement, infailliblement à chaque poussée éruptive.

Vous verrez de la sorte nombre de malades vous raconter qu'à chaque décharge éruptive de l'herpès ils éprouvent des phénomènes de ce genre. Ils ajouteront même souvent qu'ils peuvent prévoir, annoncer leur herpès quelques heures, un jour, deux jours avant l'éruption, rien que par la perception de ces phénomènes bizarres.

C'est surtout, en effet, avec l'herpès constitutionnel, récidivant, je dirai même c'est presque exclusivement avec cette espèce d'herpès, qu'on observe les phénomènes en question.

Tel était le cas de la malade dont je vous parlais à l'instant qui, pendant plusieurs années, éprouva toujours les mêmes phénomènes avant la poussée de son herpès digital.

Tel est également le cas de deux autres malades que

j'observe depuis longtemps et que je citerai comme spécimens du genre.

L'un est resté sujet, de 1868 à 1875, à d'incessantes poussées d'herpès génital. Dans les premières années, cet herpès venait sans prodrome et ne s'accompagnait d'aucun incident nerveux. Mais plus tard, l'affection a pris la forme névralgique, et alors, chaque poussée nouvelle était précédée, au dire du malade, très intelligent et très minutieux observateur, deux ou trois jours à l'avance, par des sensations singulières : douleurs et hyperesthésie de la verge, d'une part; et d'autre part, douleurs « en éclair » survenant dans la jambe et à la cuisse, du côté où l'herpès devait se produire à la verge; « douleur affectant le membre droit si l'herpès devait affecter le côté droit de la verge, douleur affectant le membre gauche si l'herpès devait affecter le côté gauche, et douleurs vives, pénibles, instantanées, irrégulières comme apparition, se produisant parfois trois ou quatre fois par heure, puis cessant quelques heures et se renouvelant ensuite, etc. »

De telle sorte qu'à la seule apparition d'une douleur le malade préjugeait qu'il allait être affecté d'herpès; s'annonçait et m'annonçait son herpès, et toujours l'événement confirmait sa prévision.

Un second malade présentait des phénomènes d'ordre plus bizarre encore. Sur lui chaque poussée d'herpès génital se traduisait par un éréthisme génital spontané. Il se sentait pris d'une ardeur génésique insolite, d'un besoin singulier de rapports. « Ce n'est pas, m'écrivait-il, comme le désir pouvant résulter d'une pensée lascive ou de l'incitation d'une femme désirée. C'est un besoin sans motif, absolument bestial, s'accompagnant d'érection qui ne me fait nul plaisir et de pollution souvent douloureuse; c'est un véritable rut, qui ne cède qu'après l'explosion de mon herpès habituel.

» Et chaque fois que j'éprouve cela, continuait-il, je m'attends à un herpès, lequel ne tarde pas à se produire; lequel sert, pour ainsi dire, de crise à cette excitation singulière. »

Ce sont là des phénomènes remarquables qu'il faut connaître; et cela à divers titres :

Parce que, d'une part, on les rencontre de temps à autre en pratique, et qu'il ne convient pas vis-à-vis d'eux d'être pris au dépourvu;

Et parce que, d'autre part, ils comportent un intérêt sérieux tant au point de vue clinique qu'au point de vue doctrinal, en établissant un rapport manifeste entre certaine forme d'herpès et le zona, et en nous révélant la nature nerveuse, l'origine nerveuse, de ces formes particulières.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Celse.

Par le Dr Ch. Fiessenger (d'Oyonnax).

I

Dans la Rome des Césars pratiquaient deux classes de médecins : sans diplôme les uns et les autres, ils ne se distinguaient au regard du public que par un détail de comptabilité : médecins bénévoles, ils offraient leurs soins gratuits; médecins de profession, ils réclamaient des honoraires. Les clients assaillaient la porte des premiers et accordaient leur confiance aux seconds. Ou du moins cela devait-il se passer ainsi! Acheté, l'espoir en la guérison est plus solidement acquis; fourni à titre gracieux, il se dissipe très vite; aux Romains, on le voit, cet inconvénient était de réparation aisée. La bonne parole médicale ne s'échappait pas contre remboursement et loisible à chacun de courir s'y désaltérer. La soif de remèdes était apaisée et cela ne coûtait rien.

Celse rentrait dans la catégorie des médecins qui respectent la bourse de leurs clients : ses biographes le font descendre de la famille Cornelia, une des plus riches de Rome. N'ayant pas besoin de la médecine pour vivre, il était très occupé. Son ouvrage « de Re medica » constitue un modèle de manuel où sont exposées, en langue remarquable et formant un ensemble de huit livres, la pathologie générale, la séméiotique, la matière médicale, la pathologie interne et la chirurgie. Empruntés en partie aux doctrines d'Hippocrate et d'Asclépiade, à la pratique des chirurgiens Triphon et Mégès, les préceptes qu'adopte Celse n'en indiquent pas moins à toute page un praticien qui a observé par lui et coule en un moule original les leçons qu'il a reçues des maîtres. Il vivait dans le siècle d'Auguste, sans qu'on connaisse au juste la date de sa naissance et de sa mort. A la vérité, la biographie importe peu quand l'œuvre reste et celle-ci nous emplit d'admiration. Ce sentiment est doublé par un de ces étonnements qui vont à l'extraordinaire et à l'incompréhensible lorsque nous apprenons que ce livre si fouillé sur la médecine ne représente qu'un fragment d'une vaste encyclopédie où tour à tour tenaient leur place : l'agriculture, la rhétorique, le droit, la philosophie et l'art militaire. Quel prodigieux entassement de connaissances et quelle perte pour le monde moderne! Car seul nous est parvenu le Traité de médecine, les autres parties de l'œuvre ayant été égarées on ne sait où ni quand.

Etre enthousiasmé par un manuel, l'impression n'est point banale; et cependant l'ont ressentie tous ceux qui ont lu Celse. Dans la préface de l'édition que nous possédons et qui est dédiée à Guy Patin, Celse est placé au-dessus de Galien. Plus de fleurs dans celui-ci, nous annonce le commentateur, plus de fruits dans celui-là. L'océan de l'un nous apporte moins de renseignements sur l'art de guérir que le ruisseau de l'autre. L'éloge est formulé en beau langage et nous ne trouvons rien à y contredire, rhétorique en moins.

Aussi bien Boerhaave avait déjà observé que bien des découvertes modernes n'étaient que des réminiscences de Celse et cette remarque n'a pas cessé d'être juste. Ainsi le procédé de la ligature dans la fistule à l'anus. Celse usait d'un fil de lin, Desault et Fouhert d'un fil de plomb et les Anglais modernes d'un fil de caoutchouc. Telle encore l'opération de la taille latérale. Perfectionnée par Foubert et Thomas, à Celse seul revient le mérite de la description première.

Les changements que le temps fait subir à une idée, si révélateurs apparaissent-ils du progrès parcouru, ne comptent guère en effet en face de l'importance qui met hors de pair l'idée primordiale elle-même.

Creuser un sillon déjà tracé, en régulariser les contours, est acte méritoire; celui qui s'y livre n'accomplit néanmoins que besogne secondaire, un rôle de manœuvre intelligent, si l'on veut, mais rien que de manœuvre. A qui a conçu le plan du travail revient seul l'honneur. Dans le monde il nest qu'une reine : la pensée. Prennent rang de sujets ceux qui s'éclairent à une pensée qui ne leur appartient pas dans son essence. Cela ne veut pas dire que suivre une impulsion étrangère ne conduit pas à des ré-

sultats parfois encourageants ; seulement ces résultats étaient prévus. Les horizons dévoilés ne sont jamais tout à fait nouveaux : car les initiatives impersonnelles ne permettent de découvrir que ce que l'intuition du génie avait depuis longtemps pressenti.

II

A près de vingt siècles de distance les remèdes spécifiques abondent si peu en thérapeutique qu'il ne faut pas s'étonner de l'ignorance de Celse. Il n'en connaissait pas un. Des règles hygiéniques minutieuses compensent dans la mesure de leur puissance cette lacune que nous n'avons pas la prétention d'avoir comblée.

En l'absence de quinquina, Celse soumettait ses paludiques à un régime rationnel qui visait à la fois l'expulsion de la matière morbifique et la réparation du système nerveux épuisé.

Dans la fièvre quotidienne, il ordonnait la diète pendant trois jours. Si l'accès se reproduisait, il attendait sa disparition pour prescrire des bains tièdes et du vin à l'intérieur.

La fièvre tierce était traitée par des vomitifs et des purgatifs. Le malade buvait du vin le troisième, cinquième, septième jour ; des promenades, des frictions sur les membres étaient conseillées dans les jours d'apyrexie. On gardait au contraire le repos au jour attendu de l'accès.

Contre la fièvre quarte, on utilisait les mêmes moyens ; en plus, le malade buvait après l'accès une grande quantité d'eau chaude.

Le traitement des fièvres pestilentielles n'a guère varié depuis l'époque où Celse préconisait de l'eau en abondance, les bains tièdes et le vin pur. Des feuilles de vigne trempées dans l'eau froide étaient posées sur l'estomac du patient, la toux constituant une contre-indication à ce procédé hydrothérapique.

On saignait, si les forces le permettaient ; en cas d'affaiblissement ou de fièvre peu forte, on se contentait de l'administration d'un vomitif.

La reprise de l'alimentation était l'objet d'une sollicitude attentive : le premier jour quelques aliments très légers ; observer la susceptibilité du malade ; si la fièvre se reproduit, retour à la diète.

Dans l'asthme, la thérapeutique se ressent un peu de la confusion qui englobait sous cette dénomination des états morbides divers : à côté de recommandations utiles, des remèdes étranges. Les malades étaient soulagées par la saignée, les laxatifs, le lait de chèvre à jeun, les cataplasmes chauds autour du thorax. Ils buvaient des infusions d'hysope ou de racine de câprier. L'électuaire suivant leur était recommandé : on choisit du nitre, du cresson, de l'ail grillé qu'on broie et associe à du miel ; d'autre part on fait cuire un mélange de miel, galbanum et térébenthine. Du tout, avaler journellement un petit bol de la grosseur d'une fève. Etaient également indiqués les diurétiques, certaines pratiques d'hygiène, telles que promenades et frictions. Le foie de renard broyé, desséché et réduit en poudre, son poumon rôti étaient adjuvants de la médication.

Le traitement des crachements de sang s'inspire de la cause qui le provoque : s'il vient de la gencive, on mâchera du pourpier, on se gargarisera de vin pur et de vinaigre. Des ventouses à l'occiput viendront à bout des hémorrhagies plus rebelles : une femme en retard de ses règles verra le flux de sang buccal arrêté par l'application de ventouses scarifiées aux aines. Ici, se place un détail qui prouvera quel recul avait subi la chirurgie au moyen âge. En plein seizième siècle, Amatus Lusitanus dut apprendre à scarifier aux chirurgiens de Ferrare. Familière à Celse, cette petite opération était ignorée quinze cents ans plus tard.

Aux hémorrhagies de la gorge ou des organes profonds, notre auteur opposait d'autres remèdes : la saignée, l'absorption de vinaigre ou d'encens, ce dernier associé au suc de plantain ou de poirée. En outre, des liens constricteurs étaient posés autour des chevilles, des aines, des avant-bras, des bras. La tête haute était couverte de compresses d'eau froide ; le malade restait soumis au repos absolu et à l'abstinence de vin ou de tout aliment irritant.

Si paralysé que fut l'effort par l'insuffisance de la matière médicale, on s'aperçoit que le but était quand même assez heureusement atteint. Mais avec quels succès plus éclatants en chirurgie, un fait suffit à l'établir. Avant Ambroise Paré, Celse opérait la ligature des vaisseaux. « Après la castration, dit le médecin latin, veines et artères doivent être liées. »

L'oubli de ce précepte a encore été plus préjudiciable aux blessés que la désuétude où était tombée l'application des ventouses scarifiées. D'autres méthodes chirurgicales abandonnées pour cause de barbarie inutile : dans l'ozène, nez fendu jusqu'aux os, fosse nasale largement ouverte, cautérisée au fer rouge, puis narines recousues ; dans la blépharite chronique, neuf grandes incisions sur les téguments du crâne, cautérisation de l'os au fer rouge, plaies bourrées de charpie : toutes ces méthodes, dont le temps a fait justice, ne laissent pas moins déplorer la perte, avec elles, d'interventions précieuses dont la chirurgie moderne s'est enorgueillie comme d'autant d'acquisitions neuves ; citons, dans cette catégorie, les autoplasties par glissement, la ligature en masse des tumeurs hémorrhoïdales, du staphylome, de l'exomphale, l'incision par la méthode sous-utanée des calculs arrêtés dans l'urèthre, le prépuce d'abord tiré avec force et, dans sa rétractation en arrière, venant recouvrir la plaie uréthrale, le broiement de la cataracte, l'usage des gouttières dans les fractures des os.

A telle richesse de documents, il était difficile d'ajouter beaucoup. Seule, la Révolution de l'antisepsie a permis d'édifier en monument puissamment agrandi cet art chirurgical dont les fondations étaient solidement établies dès le siècle d'Auguste.

III

Comparée à la médecine latine, la médecine du moyen âge doit son infériorité à des conditions multiples : l'anarchie politique, la foi religieuse, les livres perdus des auteurs anciens. La tradition d'Hippocrate n'a commencé à revivre qu'au seizième siècle. Avant cette époque, les malades imploraient plus volontiers l'assistance de Dieu que de l'homme de l'art, et de celui-ci les gouvernements ne se souciaient guère.

Charlemagne avait bien ordonné d'adjoindre la médecine aux connaissances enseignées dans les écoles des couvents. Mais combien médiocre, cet enseignement ! Celse était connu de quelques moines médecins du moyen âge ; seulement, sa pratique n'était guère suivie et c'était plutôt celle de Cœlius Aurelianus qu'adoptaient ceux qui estimaient un peu trop clairsemées les guérisons par miracles. Prier, c'était bien ; mais il n'était pas interdit d'aider l'action de la prière par l'efficacité d'un remède.

Avec les bénédictins de Salerne, apparaissait une tentative suivie en faveur de la restauration de l'hégémonie scientifique, et bientôt après, les universités de Montpellier et Paris ouvraient leurs portes. L'unité de la nation reconstituée permettait de faire face aux besoins de l'instruction ; sur la féodalité chancelante, s'installait le souci de satisfaire la curiosité des intelligences. Un esprit plus mûr se répandait sur les peuples moins jeunes : après l'exaltation de la foi, la dépense en aventures guerrières de l'énergie physique, voici venir la méditation calme, la recherche

désintéressée de la science, le triomphe progressif de la pensée. Circonscrite au domaine intellectuel, la lutte s'affinait de toute la brutalité en moins qu'elle avait déposée sur les champs de bataille; n'était la crainte exagérée que l'Eglise avait de la discussion libre, combien, dégagée des entraves de la scholastique, cette lutte fût-elle devenue immédiatement plus féconde pour la science et plus glorieuse à tous! La Renaissance médicale du seizième siècle eût peut-être encore été reculée de plusieurs siècles, sans le coup de tonnerre de la Réforme, qui signifiait aux esprits qu'ils étaient aptes à comprendre par eux-mêmes. L'imprimerie naissante fortifiait, en la diffusant dans les masses, cette conscience que chacun ressentait de sa force. A la raison qui réclamait sa pâtée, la foi était tenue de concéder une place à ses côtés dans les préoccupations des hommes. On priait toujours, mais on pensait un peu, et si peu que cela fût, la résurrection de l'esprit ne s'imposait pas moins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars. — Présidence de M. Monod.

Pathogénie de la luxation traumatique du nerf cubital.

M. Jalaguier. — Je désirerais revenir, en quelques mots, sur l'intéressante discussion soulevée par la communication de M. Schwartz, au cours de la dernière séance, et je voudrais, en rappelant une observation qui m'est personnelle, dire quelle est, selon moi, la pathogénie de la luxation traumatique du nerf cubital.

Mon malade est un homme de 40 ans qui se livre fréquemment à l'exercice des haltères. Un jour, en se fendant à fond, il fit soudain un violent mouvement d'extension de son bras droit. Une sorte de craquement suivit qui s'accompagna de vives douleurs dans la région du coude. Le lendemain, les symptômes douloureux étaient moindres mais au niveau du coude un cordon se déplaçait pendant les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras.

Ce malade vint me consulter au mois d'août 1893. Je n'eus pas de peine à constater l'existence d'une luxation très nette du nerf cubital, mais le nerf luxé ne présentait aucune variation dans son volume. Il n'y avait point de troubles de la mobilité dans la zone du cubital, le malade souffrait peu, la réduction du nerf s'opérait très facilement. Je ne fus pas d'avis d'opérer ce malade. M. Tillaux, consulté pour ce même cas, émit la même opinion. Au mois de novembre suivant le malade en question revint me voir. Déjà il ne souffrait aucunement et ne pensait même plus à sa luxation. Je l'ai revu, il y a deux jours, et il n'y pense plus du tout.

Ce cas m'a semblé intéressant, car il s'éloigne, au point de vue du mécanisme, de ce qui a été dit à la dernière séance. (Voir *Gazette Médicale* du 7 mars 1896.) Des dissections que j'ai faites en 1893, dans le laboratoire du professeur Farabeuf, pour me rendre compte du mécanisme de la luxation du cubital, il résulte que cette luxation est impossible sans rupture des faisceaux d'insertion du muscle cubital antérieur ou de la bandelette qui réunit les deux chefs de ce muscle, bandelette qui n'est que le vestige du petit muscle épitrochléo-olécrânien que l'on trouve chez certains mammifères.

Pour moi, chez mon malade, il y avait, au moment de l'accident, contraction du cubital antérieur, flexion des doigts et adduction légère de la main. C'est dans ces conditions seulement que l'extension de l'avant-bras sur le bras a pu déterminer la luxation du nerf cubital. De plus, le traumatisme du coude pent, dans ces cas, produire le même effet que l'extension.

Je crois donc que l'élongation répétée des fibres qui sont les vestiges du muscle épitrochléo-olécrânien a tendance à écarter la fourche formée par les deux chefs du cubital antérieur, et je crois que l'état de contraction du cubital antérieur est l'élément primordial de la luxation du nerf cubital. La contraction des fibres inférieurs du vaste interne, invoquée par Raymonenq, n'interviendrait, selon moi, qu'à titre d'élément secondaire.

D'ailleurs, cette explication n'est pas spéciale au cas que j'ai rapporté. Elle est non moins évidente dans la plupart des cas réunis par les auteurs et qui s'élèvent maintenant au chiffre de dix.

Je crois aussi que cette luxation est plus fréquente qu'on ne l'imagine. Et ce qu'il y a de plus important dans cette luxation, ce sont à la vérité les lésions de névrite interstitielle sur laquelle M. Quénu a eu raison d'insister.

Ulcère de l'estomac. Péritonite par perforation. Laparotomie. Guérison.

M. Michaux lit un rapport sur une observation portant ce titre qui a été envoyée par M. Hartmann.

Le malade pour lequel M. Hartmann a été appelé d'urgence à l'hôpital Bichat avec le diagnostic de péritonite par perforation avait présenté antérieurement quelques hématémèses et des troubles digestifs. Sans s'attarder à connaître la cause exacte de cette péritonite par perforation, M. Hartmann fit rapidement (il y avait plus de deux jours que les accidents de péritonite avaient débuté) une incision sus-ombilicale. A peine la cavité péritonéale avait-elle été ouverte que des gaz s'échappèrent et l'on vit une perforation de la paroi antérieure de l'estomac, perforation qui était due à un ulcère de cet organe siégeant au voisinage du cardia. M. Hartmann, étant donné les lésions de péritonite avancées, limita, avec la gaze iodoformée, dans l'abdomen supérieur, une cavité où s'écoulèrent les liquides alimentaires et qu'il prit soin de drainer. Aujourd'hui son malade va bien.

La question de l'intervention dans les cas de péritonite par perforation due à un ulcère de l'estomac ou du duodénum a été étudiée surtout en Allemagne. J'en ai rapporté, en France, le premier cas suivi de guérison, au Congrès de Lyon. 1894.

Je voudrais, puisque l'occasion m'en est offerte, étudier ici les trois points suivants :

a) La perforation est-elle un accident fréquent au cours de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum?

b) Quelle est l'évolution de cette perforation ?

c) Quels sont les résultats de l'intervention sur la fréquence de cette perforation? Les opinions sont très différentes. Les uns disent qu'on la voit dans 3 0/0 des cas, les autres dans 25 0/0 des cas. Dans les bulletins de la Société anatomique, 16 cas sont rapportés.

a) Il existe des observations nombreuses de Cruveilhier-Lendet. Auprès de nos collègues, médecins des hôpitaux, qui ont plus que nous l'habitude des autopsies, je me suis également renseigné. M. Letulle m'a dit avoir vu deux perforations par ulcère gastrique et deux perforations par ulcère du duodénum. M. Cornil a vu trois cas de perforation de ce genre dans la même semaine. Henri Collin, dans sa thèse, a réuni enfin 270 cas d'ulcère du duodénum avec une proportion de 70 0/0 de perforation.

Bref, la fréquence de ces perforations est notable et la question mérite d'être étudiée.

b) Au point de vue clinique, trois aspects peuvent marquer le début de cette perforation : ou bien il y avait auparavant des symptômes nets d'ulcère; ou bien le début des accidents est fruste, tel le cas de M. Hartmann, en dehors des hématémèses anciennes qu'avait présentées son malade ; ou bien, enfin, il n'y a aucun signe et il s'agit d'un ulcère latent.

Il est entendu que je ne parle ici que des accidents de péritonite généralisée consécutifs à la perforation et que j'élimine les péritonites localisées appelées communément le pyo-pneumothorax sous-phrénique.

La perforation que j'étudie se présente toujours avec le même tableau. C'est à la suite d'excès de table, de fatigues, d'effort que se montrent les accidents. Le malade est pris d'une douleur vive dans la région épigastrique. Il y a une rétraction caractéristique de la paroi, de la constipation, de l'arrêt des gaz et des matières, pas de ballonnement tout d'abord et nne hyperthermie légère.

Ultérieurement, tous les signes de la péritonite par perforation. Mais pas de vomissements; cela s'explique parfaitement, puisque le contenu gastrique est dans le péritoine. La marche des accidents est extrêmement rapide. Quelques heures peuvent suffire pour emporter le malade. C'est dans ces conditions, surtout, que l'on a porté le diagnostic d'empoisonnement. Aussi convient-il d'intervenir vite. Cette intervention a été appliquée la première fois en 1884 par Mickulicz. Puis il y a eu de nombreux faits publiés en Angleterre, en Suisse, par Roux; en France, par Poncet, Le Dentu, Hartmann et moi-même.

Je ne veux pas insister sur les règles chirurgicales qu'il faut suivre dans l'intervention. On sait que la perforation siège de préférence sur la paroi antérieure de l'estomac. C'est là qu'il faut aller tout d'abord la chercher. Je conseille pour cela de faire soulever le diaphragme par un aide expérimenté. Dans les cas de perforation récente, si les premiers temps de l'opération ont été faits rapidement, on peut essayer de suturer l'estomac. Quelquefois on pourra faire la gastro-entérostomie, d'autres fois la gastrostomie ou bien faire un plissement de l'estomac en un point éloigné de la suture, et drainer ensuite largement. Dans les cas de péritonite par perforation, il faudra opérer comme l'a fait M. Hartmann, je n'y reviens pas.

c) Des résultats opératoires, je dirai que sur une cinquantaine de cas où les résultats ne sont indiqués que dans quarante observations, il y a eu manifestement douze ou treize guérisons. Dans les faits réunis par Chapt, il n'y a pas eu de guérison quand l'opération a été faite le deuxième jour après la perforation. L'exemple rapporté par M. Hartmann est donc un cas doublement heureux.

M. Routier. — J'ai opéré d'urgence, il y a quelques mois, un malade qui avait vomi une ou deux fois, ne rendait plus de gaz et présentait à l'examen quelque chose d'anormal dans la région de l'épigastre.

Je trouvai là un gros foyer de péritonite limité en bas par l'épiploon et plein de débris alimentaires. Après nettoyage de ce foyer j'arrivai sur la paroi stomacale et je vis là une perforation consécutive à un cancer de l'estomac. En raison de la friabilité de cette paroi épithéliomateuse, je ne pus pas suturer la perforation. Il me fut également impossible de passer une sonde de l'estomac dans le duodénum en franchissant le pylore. En fin de compte, je plissai la paroi stomacale, je drainai la cavité purulente. Mon malade est mort au bout de huit jours seulement. Mais il est mort d'*inanition* et non *de péritonite*, contrairement donc à ce que vient de dire M. Michaux.

Il semble que l'on puisse opérer avec succès, comme l'observation de M. Hartmann en est la meilleure preuve, les péritonites par perforation, après le deuxième jour des accidents.

Deux cas de pyélo-néphrites.

M. Routier lit deux observations sur ce sujet.

Dans l'une, il a porté tout d'abord le diagnostic de péritonite tuberculeuse. L'opération a infirmé ce diagnostic. Il a vidé, par ponction, la poche purulente et marsupialisé cette poche à la paroi abdominale. Une fistule urinaire a persisté plus de six mois. Six mois plus tard, M. Routier a traité la fistule en se proposant de traiter le rein par néphrectomie. Il est intervenu par la voie abdominale à cause du trajet fistuleux persistant. Il a circonscrit le trajet fistuleux jusqu'aux muscles de la paroi. La décortication de la poche a été difficile au niveau du pédicule du rein. Sur ce pédicule il a placé un lien de caoutchouc. Une grande partie du rein était saine. M. Routier ne sait pas si l'uretère était resté perméable, mais il a tout lieu de supposer qu'il l'était. Enfin, M. Routier n'a pas trouvé la cause de cette pyélonéphrite.

Il en est de même dans la seconde observation où il s'agit d'une dame atteinte d'albuminurie depuis sept ans. Cette fois-ci M. Routier porte du premier coup le diagnostic d'une tumeur rénale. Il intervient par la voie lombaire et fait la néphrectomie. Il s'est comporté vis-à-vis du pédicule comme précédemment.

Les deux malades ont parfaitement guéri.

Voilà donc deux cas de pyélo-néphrite d'origine inconnue. Dans un cas le diagnostic a été difficile et une confusion a été faite avec la péritonite tuberculeuse.

Enfin, dans les deux cas, ligature du pédicule rénal avec un lien élastique entouré lui-même d'un fil de soie.

Présentation de malades.

M. Brun présente un petit malade qu'il a opéré pour une luxation irréductible de rotule consécutive à un traumatisme.

M. Lucas-Championnière a opéré autrefois une luxation semblable en creusant dans l'extrémité inférieure du fémur une cavité pour loger la rotule.

M. Kirmisson. — J'ai même fait plus que M. Lucas-Championnière et il m'est arrivé une fois d'être obligé de fixer avec un fil d'argent la rotule au condyle interne du fémur.

M. Brun. — Je pense qu'il n'est pas indifférent chez un jeune enfant de toucher aux condyles du fémur.

M. Berger présente un enfant qu'il a opéré pour un bec de lièvre complexe bilatéral. Il pense que dans ce genre d'opération, il faut insister sur la restauration complète de la narine qui se fait en détachant l'aile du nez que l'on retourne et que l'on fixe à la sous-cloison.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1896.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Calot. — Je vous soumets un procédé de traitement des luxations congénitales de la hanche basé sur le principe suivant: refaire une cavité cotyloïde dans laquelle on ramène la tête fémorale qu'on y maintient ensuite.

C'est la méthode sanglante appliquée à cette affection. En dépit des observations déjà publiées et des résultats médiocres obtenus par d'autres opérateurs, je suis à même de citer à l'Académie des cas où ce traitement m'a pleinement réussi.

Mon but a été de substituer à l'opération de Langenbeck, qui consiste à perforer la cavité cotyloïde et à désinsérer les muscles pelvitrochantériens, une opération rapide, peu sanglante, terminée en quinze minutes.

J'aborde la capsule articulaire par une incision de six centimètres, faite en dehors et en avant de la région, et en passant entre le moyen fessier et le tenseur du fascia lata.

Le membre porté en rotation externe, la tête est facilement sentie à travers la capsule, une incision de la capsule lui permet de sortir. Une fois sortie, un mouvement combiné de flexion, d'adduction et de rotation externe, la réduit dans la lèvre postérieure de l'incision cutanée.

Elle reste là pendant qu'on refait la cavité cotyloïde. Pour cela on creuse avec une curette autour du milieu de la ligne iléo-ischiatique de Nélaton. Des fragments de cartilage montrent qu'on est bien au point où sont les vestiges de la cavité. On creuse jusqu'à une profondeur de quinze à vingt millimètres, et jusqu'à une largeur suffisante pour contenir la tête.

La réduction est le second temps de l'opération. Des tractions

sur le membre inférieur et des pressions sur la tête fémorale suffiront pour la pratiquer. On s'assure que cette réduction se maintient dans toutes les positions du membre, et, après une parfaite hémostase, on fait la suture de la peau.

On fait ensuite un pansement antiseptique, on met un grand appareil plâtrée de coxalgie, que l'on enlève au bout de vingt-cinq jours. Puis on masse le malade, et le trentième jour il commence à marcher. La marche plus tard est favorisée par des exercices de gymnastique actifs et passifs.

Telle est l'opération que j'ai eu l'occasion de faire deux fois, sur deux malades que je vous présente.

A cette opération, il y a deux contre-indications. Il ne faut plus opérer de luxations hilatérales après dix ou douze ans, car l'ankylose est alors à craindre.

D'autre part, il y a des cas où la tête fémorale est trop atrophiée, trop en antéversion pour que la réduction puisse être maintenue.

Grossesse tubaire double avec sac unique.

M. Le Dentu rapporte l'observation d'une femme présentant, il y a trois mois, tous les symptômes d'une hémorrhagie intestinale. Quinze jours auparavant, elle avait eu des symptômes d'hématocèle. L'opération fut faite immédiatement : on trouva une hémorrhagie diffuse dans la partie inférieure de l'abdomen. Puis on vit deux petits embryons qui furent retirés. La malade guérit après cette opération.

Ce fait est intéressant, parce qu'il constitue un cas de grossesse tubaire double avec un seul sac. C'est seulement le second cas de ce genre qui soit connu.

Dans tous les autres cas de grossesse tubaire double, ceux de Cestan, ceux de Brodier, il y avait bien deux sacs distincts.

A côté du fait que rapporte l'orateur, il convient de placer celui que M. Folet, de Lille, a signalé à l'Académie, il y a quelque temps, et où il s'agissait d'une grossesse tubaire double avec deux fœtus contenus dans un seul sac.

Rhinoplastie par la méthode italienne.

M. Berger fait une communication sur un cas de rhinoplastie qu'il a pratiquée il y a quelque temps. Cette opération est basée sur le principe suivant : emprunter aux téguments du bras le lambeau dont on ne peut trouver la matière à la face. C'est la méthode italienne, par opposition à la méthode indienne qui consiste à faire la rhinoplastie au moyen d'un lambeau frontal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars.

Statistique du pneumothorax dans les hôpitaux de France.

M. L. Galliard. — Sur cent malades atteints de tuberculose pulmonaire, combien compte-t-on de pneumothorax?

Pour répondre à cette question, Biach a compulsé les registres de trois hôpitaux de Vienne, pendant vingt-quatre ans; il a trouvé 433 malades atteints de pneumothorax sur 58,741 phtisiques; proportions : 0.737 0/0.

J'ai voulu me mettre à l'abri des erreurs que peuvent faire naître les fréquentes migrations de tuberculeux dans les divers hôpitaux du même pays; j'ai donc adressé à 348 médecins de Paris et des principales villes de France une circulaire les priant de m'indiquer : 1° le nombre des malades atteints de tuberculose pulmonaire hospitalisés dans les services dont ils avaient la direction, le 22 janvier 1896, à 10 heures du matin; 2° le nombre des malades atteints de pneumothorax simple, d'hydro ou de pyopneumothorax. J'ai reçu 282 réponses. J'adresse mes remerciements très sincères aux médecins qui en sont les auteurs.

Voici les chiffres : 3,415 phtisiques hospitalisés (2,253 hommes, 1,162 femmes) ; 35 pneumothorax unilatéraux (19 pneumothorax simples, 9 hydropneumothorax, 4 pyopneumothorax après vomique, 3 pneumothorax sans vomique); 1 pneumothorax bilatéral. Proportion : 1.054 0/0.

Si j'envisage séparément les deux sexes, je trouve dans le sexe masculin une proportion de 1.11 0/0; dans l'autre 0.946 0/0. Le sexe féminin n'a fourni qu'un seul hydropneumothorax et un pyopneumothorax, neuf pneumothorax sans liquide. Chez les jeunes enfants, le pneumothorax est fort rare. Sur 283 garçons (enfants et adolescents jusqu'à dix-huit ans), un seul cas, soit 0.353 0/0.

Sur 192 militaires et marins, deux cas, soit 1.043 0/0.

La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895.

Du 1er janvier au 31 décembre 1895, **M. Comby** a soigné, au pavillon d'isolement de l'hôpital Trousseau, 715 enfants atteints de rougeole; 115 seulement sont morts, soit une mortalité de 14.4 0/0.

Ce pourcentage est de beaucoup inférieur à celui de la mortalité habituelle par rougeole dans les hôpitaux, mortalité qui, à Trousseau même, dans les cinq années antérieures à 1895, avait oscillé entre 25 et 32 0/0, bien que le pavillon d'isolement existât déjà et eût donné de très bons résultats.

M. Comby explique sa faible mortalité de 1895 par les raisons suivantes :

1° Bon aménagement et dimensions très suffisantes du pavillon d'isolement ;

2° Antisepsie médicale systématique et très minutieuse des petits malades (irrigations préventives, bains au sublimé, pulvérisations boriquées des cavités accessibles) ;

3° Isolement des enfants atteints de broncho-pneumonie et des cas associés à d'autres maladies infectieuses (diphtérie, scarlatine, coqueluche, etc.) ;

4° Réduction au minimum du séjour des enfants au pavillon, afin d'éviter l'encombrement (la rougeole n'étant contagieuse qu'aux périodes pré-éruptive et éruptive, il n'y a aucun inconvénient à remettre en circulation un enfant qui desquame);

5° Bonification, dans une certaine mesure, de la statistique de ces 715 rougeoles, par l'emploi de la sérumthérapie antidiphtérique, attendu que sur 15 rougeoles compliquées de diphtérie et traitées par le sérum, il y eut seulement 2 décès, résultat merveilleux comparativement aux statistique du passé ;

6° Unité de direction du service pendant une année entière, alors qu'antérieurement le titulaire du pavillon changeait tous les trois mois ;

7° Peut-être, dans une certaine mesure, quelque basard heureux de série, « car, dit M. Comby, ma thérapeutique a été, en somme, celle de tous mes collègues, et s'est inspirée avant tout de l'hygiène ».

Certaines données de la statistique totale de M. Comby méritent d'être relevées :

Sur les 715 rougeoles soignées, 635 venaient du dehors, 80 étaient des cas intérieurs.

La mortalité a été de 1.8 0/0 pour 548 cas de rougeole simple;

De 13.33 0/0 pour 15 rougeoles avec diphtérie ;

De 31.25 0/0 pour 16 rougeoles avec scarlatine ;

De 43.47 0/0 pour 23 rougeoles avec coqueluche ;

Enfin, de 81.39 0/0 pour 86 rougeoles avec broncho-pneumonie (70 morts sur 86 cas).

La gravité excessive de la maladie dans la première enfance a été une nouvelle fois mise en évidence (30 0/0 de morts au-dessous de deux ans ; 7 0/0 au-dessus).

« Parmi les enfants atteints de broncho-pneumonie, ajoute

M. Comby, cinq furent injectés par M. Marmorek avec le sérum antistreptococcique ; deux succombèrent. Il est impossible, d'après ces faits, de juger la valeur curative de ce sérum. »

Erythèmes d'origine érysipélateuse.

MM. Chantemesse et **Sainton.** — La question des érythèmes consécutifs à la sérothérapie est à l'ordre du jour. Les uns attribuent ces manifestations exclusivement au traitement par le sérum ; les autres, tout en faisant la part du sérum, montrent que ces érythèmes apparaissent surtout à la suite des diphtéries compliquées par le streptocoque et rattachent à l'infection secondaire par ce dernier microbe les accidents graves, parfois mortels, qui ont été signalés.

L'observation d'une maladie où le streptocoque existe à l'état de pureté depuis le début jusqu'à la fin — l'érysipèle — peut fournir des renseignements intéressants au sujet des éruptions causées par ce microbe.

Parmi les érysipélateux que nous avons soignés au bastion 29, l'année dernière, 579 n'ont été soumis à aucun traitement, sauf la balnéothérapie froide. Sur ce nombre, nous avons observé 28 cas d'érythèmes survenus dans le cours ou à la fin de la maladie, soit 5.24 0/0.

Dans les cas d'érysipèle limité à la face, ces érythèmes ont été plus rares (555 malades, 22 érythèmes), soit 4 0/0 environ. Les érysipèles des membres ont, au contraire, fourni une proportion d'érythèmes beaucoup plus forte (24 cas, 6 érythèmes), soit 25 0/0.

La date d'apparition se montre du deuxième au neuvième jour, quelquefois, surtout dans les formes graves, du onzième au douzième jour. Nous avons observé un cas où l'érythème n'est survenu qu'après la guérison de l'érysipèle, le vingt-huitième jour. L'infection avait quitté la face pour se localiser dans les ganglions. C'est précisément cette forme de streptococcie que l'on observe si souvent après les diphtéries compliquées.

Les érythèmes affectent trois formes principales : simple, purpurique, polymorphe. La forme érythémateuse simple est d'ordinaire bénigne et apparaît de bonne heure, du deuxième au cinquième jour. Elle se montre sur l'abdomen, le dos, la poitrine, sous forme de placards plus ou moins étendus ; parfois, elle se localise d'une manière symétrique aux extrémités, pieds et mains ; parfois elle est papuleuse, plus souvent scarlatinoïde (six cas), plus rarement elle est franchement ortiée (un seul cas). Les érythèmes simples disparaissent au bout de quelques jours et sont suivis d'une desquamation plus ou moins abondante. Ils ne s'accompagnent pas d'ordinaire de fièvre ni d'albuminurie. L'apyrexie est donc un des caractères qui aident à les distinguer des érysipèles ambulants.

La forme purpurique, soit pure, soit associée à l'érythème simple ou à l'érythème polymorphe, est beaucoup plus grave et témoigne d'une infection profonde. Sur six cas, trois se sont terminés par la mort, après avoir présenté pendant la vie de la fièvre, des phénomènes ataxo-adynamiques, de l'albuminurie, des douleurs polyarticulaires, rappelant les peudo-rhumatismes infectieux, quelquefois des entérorrhagies et des hématuries. Dans les cas où l'examen a été fait, nous avons trouvé du streptocoque dans le sang et dans l'urine, du vivant des malades, et, après la mort, la culture de tous les organes donnait le même microbe.

L'érythème polymorphe est plus rare. Il respecte d'ordinaire la face, la poitrine et le dos. Il s'étend avec abondance sur les membres supérieurs et inférieurs jusqu'à leur racine. On observe alors des vésicules, des bulles, remplies de liquide séro-purulent et parfois hémorrhagique. Il se montre sur les muqueuses, la bouche, le voile du palais, l'intestin (entérorrhagies). L'éruption est quelquefois si profuse que le malade ressemble à une personne atteinte de variole hémorrhagique secondaire. Le sang et l'urine albumineuse renferment le streptocoque. Un de nos malades atteint de cette forme d'érythème polymorphe hémorrhagique n'avait qu'une température peu élevée. Il a fini par guérir en conservant sur les membres des macules brunâtres, indélébiles.

Pneumothorax simple chez une grande emphysémateuse. Guérison en six semaines.

MM. L. Galliard et **Barbe.** — Nous ne connaissons que douze cas publiés de pneumothorax chez les grands emphysémateux ; huit décès et quatre guérisons. Un des malades est désigné comme sujet âgé (S. Wilks) ; parmi les onze autres, aucun n'avait plus de 61 ans. Notre malade est une femme de 73 ans, soignée à l'âge de 46 ans pour une bronchite aiguë, toussant continuellement depuis douze années, atteinte de suffocation, sans violent point de côté, le 19 juin 1895. Nous l'examinons le 30 juin : orthopnée, cyanose de la face et des extrémités, pouls rapide, douleur peu intense à gauche, de ce côté, signes de pneumothorax total, sans liquide : tympanisme, respiration amphorique, bruit d'airain, pas de bruit de succussion, déplacement du cœur avec retentissement métallique des bruits cardiaques.

Pas de thoracenthèse : inhalations d'éther, morphine.

A partir du 15 juillet, la malade peut rester couchée ; les signes du pneumothorax s'atténuent. Le 3 août, disparition complète de ces signes. Jusqu'à la fin d'août, nous avons tenu la malade en observation : emphysème, bronchite chronique, pas de tuberculose pulmonaire.

La malade a pu reprendre ses occupations.

M. Gilbert Ballet résume une note, essentiellement histologique, de **M. Marinesco** sur la *pathologie des fibres collatérales des cordons postérieurs de la moelle épinière.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 février.

Des gaines synoviales tendineuses du pied.

M. Chemin rapporte l'anomalie suivante : une synoviale unique occupant toute la longueur de la plante du pied, et formée de trois synoviales normales, celle du fléchisseur commun des orteils, celle du fléchisseur propre du gros orteil et la gaine phalangienne.

On a ainsi une synoviale assez semblable à celle qui entoure le tendon du fléchisseur propre du pouce.

De plus, l'auteur dit que la gaine du long péronier latéral communique très rarement avec les synoviales de l'articulation de Lisfranc, et encore cette communication est-elle douteuse. Quant à la bourse séreuse entre le premier chef du pédieux et l'extenseur propre du gros orteil, elle semble en effet exister. La gaine du jambier antérieur communique dans le tiers des cas avec l'articulation cunéo-métatarsienne.

Transformation de la graisse en matière glycogène.

M. Sabrazès. — D'après l'examen d'un polype fibro-lipomateux de la face interne de la joue, l'orateur se croit autorisé à penser que le glycogène, qu'il y a trouvé, provient d'une transformation de la graisse, opérée par les cellules migratrices dans leur protoplasma.

En outre, il ne semble pas qu'un néoplasme soit d'autant plus malin qu'il est plus riche en glycogène.

Excrétion du sucre chez les diabétiques par extirpation du pancréas.

M. Kaufmann. — Il ne paraît pas que les animaux dépancréatés, soumis au jeûne, cessent d'éliminer du sucre par les urines, comme le dit M. Thiroloix. Je tire au contraire de mes expériences les conclusions suivantes :

L'extirpation du pancréas est suivie de glycosurie chez le chien, que l'animal soit à jeun ou en digestion. L'alimentation accroît la glycosurie, mais celle-ci ne disparaît pas tout à fait par le jeûne.

La glycosurie liée à la période digestive ne s'observe que si le pancréas est incomplètement extirpé.

La fièvre fait disparaître le sucre des urines chez les animaux diabétiques privés d'aliments, mais le sucre reparaît dans les urines quand la fièvre cesse. Chez les animaux totalement dépancréatés, en dehors de l'état fébrile, ce n'est que peu avant la mort que le sucre disparaît des urines.

Pression négative dans l'abdomen.

M. Contejean a observé, sur des animaux normaux, non endormis, dans la station quadrupède, une pression négative dans les grandes cavités splanchniques que l'on peut explorer sans être forcé d'avoir recours à un traumatisme quelconque. Ce qui fait que les physiologistes ne se sont pas rendu compte de ce fait, c'est que les expériences ont été faites sur des individus endormis, couchés sur des tables, et plus ou moins traumatisés.

Fibrômes d'origine inflammatoire.

M. Pilliet a vu trois fibrômes utérins d'origine purement inflammatoire. C'est, en effet, après l'inflammation des annexes que ces fibrômes se sont formés. Ils se trouvaient au niveau de la portion intra-utérine de la trompe. Les lésions étaient-elles bilatérales, les fibrômes, de leur côté, affectaient une disposition symétrique.

Lésions de la moelle épinière consécutives à la ligature de l'aorte abdominale.

M. Marinesco a étudié les lésions de la moelle consécutives à la ligature aseptique de l'aorte abdominale. Cinq ou six heures après cette ligature, on voit que les cellules des cornes antérieures subissent une légère transformation des éléments chromatophiles. Certaines cellules nerveuses ont à leur périphérie une espèce de croissant. Quarante heures après le début de la ligature, le tissu interstitiel présente des signes de prolifération se traduisant par des figures de karyokinèse dans les cellules névrogliques.

Du côté de la substance blanche, les lésions sont disséminées dans tous les cordons au niveau de la région lombaire. Au niveau de la région cervicale, elles se cantonnent dans le faisceau antérolatéral à la périphérie de la moelle.

Culture du bacille d'Eberth sur le milieu d'Elsner.

M. Chantemesse rapporte les résultats d'une série d'expériences sur la culture du bacille d'Eberth sur le milieu d'Elsner.

Il n'a jamais trouvé de bacille d'Eberth dans les selles de gens sains. En ensemençant seize cas de fièvre typhoïde sur le milieu d'Elsner, trois fois seulement il a obtenu un résultat négatif. Trois fois aussi, le diagnostic a été uniquement bactériologique.

La sérothérapie de la fièvre typhoïde a été également tentée par l'auteur qui a obtenu un virus tuant le cobaye en six heures à la dose d'un centième de centimètre cube. Avec ce virus ont été immunisés des chevaux en cours d'expérience.

Trois fois, enfin, le sérum immunisé, par inoculation de l'homme, a arrêté la maladie.

Réflexe cutané plantaire dans certaines affections du système nerveux central.

M. Babinski signale une perturbation du réflexe cutané plantaire liée à des affections du système nerveux central, dont voici la description :

Du côté sain, la piqûre de la plante du pied provoque une flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied sur la jambe et des orteils sur le métatarse. Du côté paralysé, elle provoque aussi une flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied sur la jambe; mais il n'y a pas de flexion des orteils sur le métatarse. Il y a, au contraire, un mouvement d'extension des orteils sur le métatarse.

Ces faits se voient aussi bien dans des cas d'hémiplégie récente que dans des cas d'hémiplégie spasmodique durant depuis plusieurs mois.

Lithiase intestinale.

M. Gley présente une note de M. Mongour sur l'élimination de calculs intestinaux, dus à une entérite muco-membraneuse. Mais la cause dominante doit être cherchée dans les vices de nutrition que M. Bouchard a désignés sous le nom de phénomènes de ralentissement de la nutrition.

De l'antisepsie par le silicofluorure de mercure.

MM. Hallion, Lefranc et **Poupinel** ont recherché le pouvoir antiseptique du silicofluorure de mercure. Pour l'établir, ils ont agi par comparaison avec le sublimé, qui est aujourd'hui l'antiseptique le plus énergique.

Avec des ensemencements des trois bacilles pyocyanique, charbonneux et diphtérique, les auteurs ont reconnu qu'il fallait une dose deux fois moindre de silicofluorure de mercure que de sublimé pour obtenir la stérilisation du même milieu.

D'autre part, la toxicité du silicofluorure de mercure semble très inférieure à celle du sublimé.

Le silicofluorure a été expérimenté par les auteurs à la dose de 1 pour 1000. Les résultats thérapeutiques ont été très satisfaisants et n'ont été contre-balancés par aucun inconvénient.

Dans la pratique chirurgicale comme dans certaines dermatoses, le silicofluorure de mercure trouverait certainement d'utiles applications.

De la phonendoscopie.

M. Comte expose une méthode d'exploration des organes du corps, due à M. Bianchi, de Parme. C'est une combinaison de l'auscultation et de la percussion, à laquelle son auteur donne le nom de phonendoscopie. On provoque dans l'organe que l'on explore des vibrations qu'un stéthoscope amplificateur transmet à l'oreille.

Le stéthoscope en question porte le nom de phonendoscope. C'est une membrane vibrante avec une petite tige qui localise son point d'application.

L'extrémité de la tige est appuyée sur un point du corps où l'organe à explorer est contigu à la paroi. L'on frotte la peau en s'écartant en tous sens de l'appareil.

Les limites de la projection de l'organe sur la paroi dépassées, les vibrations qui parvenaient à l'oreille par le stéthoscope diminuent brusquement d'intensité et ainsi s'établit nettement la position de l'organe exploré.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 16 AU 21 MARS 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Marchand, Reynier, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Poirier, Weiss. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Tuffier, Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Widal.

Mardi 17 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Berger, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Panas, Le Dentu, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Charrin, Marie.

Mercredi 18 mars, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Marchand, Poirier, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch.

Richet, Reynier, Retterer. — 3e (2e partie) : MM. Grancher, Joffroy, Widal.

Jeudi 19 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Le Dentu, Nélaton. — 3e Oral (1re partie) : MM. Duplay, Maygrier, Poirier. — 4e : MM. Proust, Widal, Wurtz.

Vendredi 20 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Terrier, Poirier, Thiéry. — 4e : MM. Pouchet, Landonzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Lejars, Broca. — 5e (2e partie), Chirurgie, Charité : MM. Straus, Grancher, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 21 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Hutinel, Chantemesse, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Quénu, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Le Dentu, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Raymond, Letulle, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

Examens d'officiat

Lundi 16 mars, à 1 heure. — 2e (Définitif) : MM. Straus, Lejars, Varnier.

Thèses de doctorat

Mercredi 18 mars, à 1 heure. — *M. L. André* : Quelques considérations sur la prophylaxie de la syphilis extra-génitale (MM. Fournier, Pinard, Gaucher, Varnier). — *M. Lefèvre* : De l'insertion vélamenteuse du cordon dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement (MM. Pinard, Fournier, Gaucher, Varnier).

Jeudi 19 mars, à 1 heure. — *M. Walch* : Etude clinique du rein mobile; indications thérapeutiques (MM. Guyon, Hutinel, Albarran, Hartmann). — *M. Aubry* : Du sarcôme diffus de la muqueuse utérine (MM. Guyon, Hutinel, Albarran, Hartmann). — *M. Banzet* : Suppurations envisagées au point de vue de leur forme et de leurs rapports avec la fièvre (MM. Guyon, Hutinel, Albarran, Hartmann). — *M. Delage* : Contribution à l'étude des phosphoglycérates (MM. Pouchet, Berger, Bar, Chassevant). — *M. Spindler* : De la rupture prématurée des membranes dans ses rapports avec l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus (MM. Berger, Pouchet, Bar, Chassevant). — *M. Glinéanu* : Rapports de l'hystérie et de la tuberculose pulmonaire (MM. Cornil, Raymond, Netter, Achard). — *M. Mirullée* : De l'aphasie sensorielle (MM. Raymond, Cornil, Netter, Achard). — *M. Gillard* : Le procédé de Laborde comme traitement de la mort apparente (MM. Mathias-Duval, Laboulbène, Cley, Roger). — *M. Papillaud* : La suture métopique et ses rapports avec la morphologie crânienne (MM. Mathias-Duval, Laboulbène, Cley, Roger).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

M. le docteur Brouardel, professeur de médecine légale, est nommé doyen pour une période de trois ans.

L'arrêté ministériel accordant un congé à M. Reclus et chargeant M. Ricard d'un cours annexe de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié est rapporté.

M. Reclus reprendra incessamment son service et son cours.

3e trimestre de l'année scolaire 1895-96.

Inscriptions.

Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 25 mars. Il sera clos samedi 25 avril, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après de midi à 3 heures :

1° Inscriptions de première et de deuxième années du 25 au 28 mars inclus ;

2° Inscriptions de troisième et de quatrième années du 15 au 25 avril inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés : L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital de la Maternité (service d'accouchements).

M. Budin : leçon clinique tous les jeudis (à partir du 19 mars), à 9 heures 1/2.

Cet enseignement durera trois mois.

Hôpital Ricord.

M. Balzer : tous les lundis, à 9 heures 1/2, leçon sur les maladies vénériennes.

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Renault, 15; Enriquez, 16; Lesage, 17; Rénon, 16; Méry, 17; Pignol, 16; Boix, 16; Hudelo, 18; Gastou, 15; Tissier, 16.

Concours de chirurgie (Bureau central).

Le jury est provisoirement composé de MM. Péan, Reclus, Le Dentu, Gérard Marchant, Cruveilhier, Kirmisson, Labadie-Lagrave.

VARIA

Texte du projet de loi relatif à la constitution des Universités adopté par la Chambre des députés.

Article premier. — Les corps de Facultés institués par la loi du 28 avril 1893 prennent le nom d'Universités.

Art. 2. — Le conseil général des Facultés prend le nom de conseil de l'Université.

Art. 3. — Le conseil de l'Université est substitué au conseil académique dans le jugement des affaires contentieuses et disciplinaires relatives à l'enseignement supérieur public.

Art. 4. — A dater du 1er janvier 1898, il sera fait recette au budget de chaque Université des droits d'études, d'inscription, de bibliothèque et de travaux pratiques acquittés par les étudiants conformément aux règlements.

Les ressources provenant de ces recettes ne pourront être affectées qu'aux objets suivants : dépenses des laboratoires, bibliothèques et collections; construction et entretien des bâtiments; création de nouveaux enseignements; œuvres dans l'intérêt des étudiants.

Les droits d'examen, de certificat d'aptitude, de diplôme ou de visa acquittés par les aspirants aux grades et titres prévus par les lois, ainsi que les droits de dispense et d'équivalence, continueront d'être perçus au profit du Trésor.

Chemin de fer d'Orléans.

Fêtes de Pâques a Madrid.

A l'occasion des Cérémonies de la Semaine Sainte et des Fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec les Compagnies du Midi de la France et du Nord de l'Espagne, délivrera du 25 mars au 4 avril 1896, au départ des gares de Paris, Orléans, Le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, des billets aller et retour de 1re classe pour Madrid, au prix réduit et uniforme de 200 francs, avec faculté d'arrêt en France, à Bordeaux, à Bayonne et à Hendaye; et, en Espagne, à tous les points du parcours.

Ces billets seront valables pendant 20 jours et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe Sud-Express, à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet, c'est-à-dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRCULATION RÉNALE

(Anatomie et physiologie.)

Anatomie.

Trois propositions à énoncer tout d'abord :

1° Loi générale en physiologie : « *La circulation d'un organe est en raison directe de l'importance de sa fonction* », d'où : *richesse vasculaire de l'organe* : « *rein* ».

2° De par cette richesse vasculaire, déséquilibration de la dichotomie circulatoire, et alors : *une veine seulement pour une artère*.

3° De là, découle nécessité de la facilité et de la rapidité des échanges sanguins, d'où : *avalvulation du système nerveux*.

Ces trois propositions énoncées, comment étudier la circulation rénale ?

Macroscopiquement? Mais c'est à peine si l'on peut distinguer à la coupe les stries plus foncées des vaisseaux droits des stries plus claires des tubes de Bellini.

Microscopiquement? Mais il est bien difficile d'avoir une vue d'ensemble de cette circulation.

Non. Mieux vaut avoir recours à l'*histo-physiologie* : injection double à cause de la présence du glomérule : gélatine rouge pour l'artère, gélatine bleue pour la veine. Etudier alors sur les coupes longitudinales (parallèles à la coupe classique d'autopsie), et sur les coupes transversales, dans les divers plans de la substance médullaire et corticale.

En présenter ensuite un plan d'ensemble, un schème général :

1° Un système afférent artériel :

a) Artériel anté-glomérulaire.

b) Artériel bipolaire ou glomérulaire.

2° Un système capillaire :

Intermédiaire nutritif.

3° Un système veineux :

Efférent, peut-être afférent à ses heures.

4° Un système anastomotique artériel et veineux :

Traits d'union entre la circulation intrinsèque rénale et la circulation extrinsèque rénale.

5° Un système lymphatique.

6° Un rôle physiologique dévolu aux cinq systèmes précités.

Tel est le plan.

I. Système artériel.

1° Portion anté-glomérulaire.

Insister peu sur les rapports de l'artère rénale.

1° (On a donné circulation rénale et non pas vaisseaux du rein). Montrer pourtant artère rénale plus longue et plus oblique à droite qu'à gauche, ses rapports avec la veine cave inférieure à droite; enfin, tout près du hile, faire une coupe antéro-postérieure et compter d'avant en arrière : veine, artère, uretère.

2° Pénétrer dans le hile rénal. Montrer l'enchevêtrement, apparent seulement, des branches artérielles, veineuses et urétériques, plus ou moins noyées au milieu du tissu cellulo-graisseux.

Distinguer quatre branches artérielles :

Une supérieure : 1/3 supérieur, antérieur et postérieur de l'organe.

Deux antérieures : 1/3 moyen antérieur, 1/3 inférieur antérieur de l'organe.

Une postérieure : 1/3 moyen postérieur, 1/3 inférieur postérieur de l'organe.

La postérieure se recourbant au-dessus du bord supérieur du bassinet; mais cela seulement dans le hile, ce qui permet d'attaquer l'uretère par sa partie postérieure, sans danger de blessure artérielle (Legueu).

3° Montrer comment alternent les papilles de Malpighi avec l'extrémité libre des colonnes de Bertin, toutes deux venant faire hernie dans la cavité sinusienne; comment les branches artérielles viennent soit former un anneau complet autour de ces prolongements de Bertin, soit ramper sur leurs côtés et pénétrer ainsi dans la substance médullaire.

4° Faire voir les branches artérielles divergeant dans l'espace intercolonnaire-pyramidal, entourant au nombre de cinq à six chaque pyramide malpighienne à la façon de cerceaux de fer cerclant un barillet conique, et venant sur la base de ce barillet s'entre-croiser en s'anastomosant en forme de vraie voûte artérielle ;

5° Emergence de la convexité de cette voûte d'une multitude de petites branchioles artérielles, « *artères radiées* », environ 4,000 par base pyramidale, petites branchioles qui ont un double rôle :

a) Délimitation du lobule rénal ainsi constitué : centre (pyramide de Ferrein) ; périphérie (artères radiées); espace intermédiaire (glomérules et tubuli contorti).

b) Rôle de support à angle droit des artérioles glomérulaires (8 à 10 par artère radiée environ).

Avant de terminer cette première partie antéglomérulaire, se poser cette double question :

1° Chaque pyramide garde-t-elle son autonomie circulatoire par rapport à ses congénères ?

Non. Indépendance au niveau de la base, mais anastomoses au niveau des sommets sinusiens.

2° Les artères radiées sont-elles terminales ?

Non, malgré infarctus qui laident en faveur de leur terminalité; anastomoses avec artérioles capsulaires extra-rénales.

2° Portion glomérulaire.

Avant, pendant, après le glomérule.

Avant: c'est l'artériole *afferens* anté-glomérulaire qui s'échappe de l'artère radiée.

Pendant : c'est le glomérule vasculaire qui, sans anastomoser ses anses entre elles, s'encapuchonnera dans la capsule de Bowmann et formera avec cette dernière le glomérule de Malpighi.

Déduire de l'embryologie les rapports du glomérule vasculaire avec la capsule de Bowmann; rappeler la théorie de Waldeber et Kœlliker : efflorescence du métanéphros définitif par bourgeonnement de l'extrémité du canal de Wolff, canalicules diebotomiques vers lesquelles viennent pointer les bourgeons endo-vasculaires du mésoderme. Vers le quatrième à cinquième mois, cohabitation intime, mais contiguïté seule sans continuité, encapuchonnement, pelotonnement de la pointe vasculaire qui se replie dans l'extrémité canaliculaire qu'il déprime en cupule pour s'y loger à l'aise (comparaison classique du crâne coiffée du bonnet de coton).

D'où : capsule de Bowmann assimilée à une véritable séreuse dont le feuillet pariétal se continuerait avec le tubulus contortus et feuillet viscéral tapisserait la surface du glomérule vasculaire.

Laisser de côté la théorie de Henlé (paquet vasculaire à nu dans la capsule), rajeunir celles de Gegenbaur et Heidenhain par les nouvelles idées de Renaut et Hortolès (disparition par régression de l'épithélium séreux viscéral et son remplacement par des cellules conjonctives émaciées de la tunique vasculaire). A l'appui de cette théorie : citer l'*histologie* (disposition embryonnaire décelée par défaut de nitratation argentique) ; la *pathologie* (glomérulo-néphrite de Klebs).

Après : c'est le vaisseau post-glomérulaire, *efferens*, encore artère mais à calibre diminué, donnant pourtant naissance aux *arteriæ rectæ* qui croisent les grosses artères de la voûte et s'enfoncent dans les pyramides (théorie de Koelliker, prévalant sur celles de Arnold, Beale et Klein).

(A suivre.)

ATH. S.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. — N° 12 — 21 Mars 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**
Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

AVIS. — MM. les actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont prévenus que l'assemblée générale annuelle aura lieu, au siège social, le samedi 28 mars, à 5 heures 1/2. Le présent avis, aux termes des statuts, doit tenir lieu de lettre de convocation.*

A partir du 1er avril, les bureaux de la **Gazette Médicale** *seront transférés 21, rue du Général-Foy.*

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite.)

III. — Une troisième et dernière variété d'herpès par symptômes associés est celle qui se produit en connexion avec un écoulement uréthral.

Elle n'est pas rare, et mérite toute attention, d'autant qu'elle n'a pas encore été, que je sache, décrite par les classiques.

Exposons d'abord le fait; plus tard nous en chercherons l'application. Ce qu'on observe est ceci : Un malade est affecté d'herpès génital. Soit coïncidemment avec l'apparition de cet herpès, soit peu après, soit même (ce qui est plus rare) quelques jours auparavant, ce malade présente un écoulement uréthral.

Cet écoulement, si vous l'étudiez bien, se présente avec les quatre caractères que voici :

1° D'abord, c'est un écoulement peu considérable, quelquefois même minime. Il produit en vingt-quatre heures une demi-douzaine, une dizaine de petites gouttelettes.

2° C'est un écoulement séreux, presque aqueux parfois, et ne ressemblant en rien à la blennorrhagie vulgaire. Il tache le linge soit en gris, soit en gris jaunâtre, en gris avec centre jaunâtre.

3° C'est un écoulement indolent. — Exceptionnellement on le voit s'accompagner de quelques picotements aigus dans la miction.

4° Enfin, c'est un écoulement à guérison spontanée. Il guérit seul, après une durée de 8, 12, 15 jours. — A part les tisanes, les boissons douces ou alcalines, tout lui nuit, tout semble l'exaspérer. Les injections, notamment, lui sont préjudiciables.

Qu'est-ce que cela? A quoi rapporter cet écoulement contemporain de l'herpès?

Une première hypothèse se présente naturellement. Est-ce que cet écoulement ne serait pas le produit d'un herpès intra-uréthral? Est-ce qu'il ne serait pas le produit de la sécrétion venant d'érosions herpétiques intra-uréthrales?

Eh bien, cette hypothèse se trouve confirmée en certains cas. Parfois, en effet, si vous entr'ouvrez le méat, vous apercevrez ce que j'ai vu chez nombre de mes malades, à savoir une éruption herpétique intra-uréthrale constituée comme il suit :

Sur l'une ou l'autre lèvre de l'urèthre, à quelques millimètres du méat, et quelquefois sur les deux, une, deux, trois érosions miliaires, superficielles, orbiculaires, du diamètre d'une tête d'épingle : — ou bien une érosion plus étendue, irrégulière de contour, quelquefois nettement microcyclique, résultant de la fusion de plusieurs petites érosions voisines. A n'en pas douter un seul instant, c'est bien là de l'herpès, de l'herpès intra-uréthral : — et, étant donnée l'existence de telles érosions dans l'urèthre, on peut admettre que le petit écoulement uréthral contemporain est le produit de la sécrétion de ces petites plaies.

Mais, d'autres fois, on ne constate rien de semblable par l'inspection de l'extrémité de l'urèthre, et aucune sensation accusée par le malade n'autorise à supposer l'existence d'une éruption herpétique située profondément dans le canal. Dans ce cas, comment expliquer l'écoulement?

Faut-il croire quand même à l'existence d'un herpès

uréthral situé au delà de la limite possible d'inspection? L'endoscope seul pourrait résoudre la question.

Ou bien faut-il admettre l'existence d'une uréthrite herpétique, pouvant se développer sous l'influence de l'herpès, à la façon dont se développent à son propos d'autres phénomènes, tels que les singuliers troubles nerveux dont je vous entretenais à l'instant? Ce qui semblerait pouvoir autoriser cette supposition, c'est qu'assez souvent l'écoulement uréthral est supérieur ou semble supérieur comme quantité à ce que pourrait fournir la sécrétion de petites érosions. Mais cela n'est encore qu'une hypothèse, et l'existence d'une uréthrite véritablement herpétique, ayant son existence propre, indépendamment d'une éruption herpétique du canal, reste encore à démontrer.

En tout cas, si l'explication nous manque, n'en retenons pas moins le fait clinique. Et, pour la pratique, rappelons-nous ces deux points :

1° Qu'il est des écoulements de l'urèthre qui se produisent en connexion avec l'herpès génital ;

2° Et que ces écoulements guérissent seuls, sans traitement.

Gardons-nous donc ici de la faute que commettent certains médecins qui s'empressent de combattre de tels écoulements, soit à grand renfort de copahu, cubèbe ou santal, soit avec des injections astringentes, soit même (comme j'en ai plusieurs exemples dans une note) avec des injections abortives ou dites abortives, c'est-à-dire caustiques. C'est là de la thérapeutique inutile, souvent même préjudiciable aux malades. Sachons donc laisser guérir de par eux-mêmes, de par le seul vœu de la nature, ces écoulements d'origine, sinon de nature, herpétique.

Deux particularités d'ordre pratique se rattachent encore au chapitre qui nous occupe actuellement.

Lorsqu'un écoulement uréthral du genre de ceux que je viens de décrire se produit coïncidemment avec un herpès appréciable, visible, le diagnostic en est facile, si peu qu'on ait notion de cet ordre d'uréthrite.

Mais lorsqu'il se produit indépendamment de tout herpès extérieur, on conçoit quelle difficulté majeure, voire quelle impossibilité il peut y avoir à le prendre pour ce qu'il est, c'est-à-dire à le rattacher à une provenance, à une origine herpétique.

Quelquefois on pourra être éclairé, voire fixé sur la qualité herpétique de cet écoulement par les antécédents d'herpès. On sera, par eux, autorisé à supposer une uréthrite herpétique lorsqu'un écoulement de cet ordre se trouve pour ainsi dire faire une suite naturelle à toute une série de poussées d'herpès génital. Tel fut le cas, pour en citer un spécimen typique, d'un de mes clients qui, assiégé d'incessants herpès, se reproduisant tous les mois en moyenne et quelquefois plus souvent, eut, à deux reprises, des écoulements de cet ordre, qui durèrent de douze à quinze jours et guérirent spontanément. Pour l'un d'eux même, un témoignage d'un autre ordre s'ajouta à la démonstration de l'origine spontanée de l'uréthrite, le malade n'ayant pas eu de rapports depuis un mois lorsqu'il fut pris brusquement d'un suintement uréthral grisâtre, séreux, indolent et de moyenne intensité.

Mais, en des conditions différentes, sur un malade qui, d'aventure, ou pour une première fois, vient à présenter un écoulement de ce genre sans herpès extérieur ou sans herpès uréthral appréciable à la vue, le diagnostic devient bien autrement délicat et ne saurait plus reposer que sur la qualité même du suintement, sur les quatre caractères que nous lui avons assignés précédemment.

Or — et c'est là que j'en veux venir — nul doute que cette uréthrite herpétique ne nous donne la clef de certains écoulements uréthraux bizarres (spontanés d'apparence), inexpliquables ou tout au moins inexpliqués jusqu'à ce jour. Voici le fait.

On voit parfois des malades affectés subitement d'écoulements uréthraux légers dans des conditions où l'origine vénérienne de ces écoulements ne saurait être suspectée. Tel malade, par exemple, vous dit qu'il est fort étonné d'avoir un écoulement parce qu'il n'a pas eu de rapports suspects, parce qu'il n'a vu que sa femme, et que sa femme est « bien portante », ne se plaint de rien. Quelquefois il vous amène cette femme que vous examinez et que vous trouvez saine, irréprochable, non pas seulement au point de vue vénérien, mais au point de vue génital. Tel autre est stupéfait d'être pris d'un écoulement alors qu'il n'a pas eu de rapports depuis quinze jours, depuis un mois. Tel autre est encore plus stupéfait de ce qui lui arrive parce qu'il n'a pas touché de femmes depuis un laps de temps bien supérieur, quelques mois par exemple.

Eh bien, j'imagine que de tels cas (qu'on ne voit pas à l'hôpital, mais qu'on rencontre en ville de temps à autre) sont explicables par l'herpès uréthral. Je tiens pour certain que nombre de ces uréthrites bizarres par leur spontanéité, nées en dehors du coït, à longue échéance après le coït et non imputables à une cause vénérienne quelconque, ne soient que des uréthrites herpétiques. Et comme d'ailleurs rien n'empêche, bien entendu, que de telles uréthrites n'entrent en scène après le coït, il n'est pas moins certain qu'un certain nombre d'uréthrites que l'on attribue vaguement, soit aux conditions mêmes du coït, soit aux flueurs blanches, aux règles, aux catarrhes utériques, ne sont rien autre que des uréthrites herpétiques qu'on se doit à soi-même.

Second point :

L'herpès, avons-nous vu précédemment, s'observe quelquefois dans l'urèthre, près du méat, où on le découvre facilement.

Or, il arrive quelquefois, dans les cas de cet ordre : 1° que plusieurs érosions voisines fusionnent et se confondent en une érosion assez étendue, occupant toute une lèvre intérieure du méat ; 2° que cette érosion s'indure, à la façon, du reste, de nombre d'érosions occupant le même siège. Il y a là, sûrement, des conditions anatomiques et physiologiques qui font que toute plaie de cette localisation particulière présente une aptitude singulière à se doubler d'une assise plus ou moins dure.

De là, cette conséquence que l'herpès uréthral, sous cette forme, est merveilleusement fait pour simuler le chancre induré.

Que d'erreurs de ce genre n'ai-je point déjà vues, ou commises pour mon propre compte! Il faut que je vous en raconte une pour mieux laisser ce point en votre souvenir.

Un jeune homme m'est adressé par un de mes regrettés collègues et amis, comme affecté d'un chancre induré du canal. Je l'examine avec grand soin et constate ceci : d'une part, une large érosion intra-uréthrale, près du méat,

rouge et doublée d'une induration sèche, très accentnée, presque cartilaginense; c'était, je m'en souviens encore et mes notes le précisent formellement. nn véritable type d'indnration chancreuse; — d'autre part. deux ganglions. assez petits, du reste, dans l'aine gauche et un dans l'aine droite. Je n'eus pas d'bésitation, je le confesse, et crus pleinement, absolument, à un chancre induré, snrtout en raison de la dureté de la lésion, dureté telle, je le répète, qu'elle me parut absolument caractéristique.

Seulement, connaissant de vieille date la possibilité d'induration du méat sous l'influence de lésions vulgaires et non spécifiques, je ne voulus pas prescrire de traitement et prescrivis d'attendre, pour commencer le mercure, l'invasion démonstrative des accidents secondaires.

Or, ces accidents secondaires, je les attends encore, et cela depnis dix ans. En revanche, depuis lors, le malade a présenté maintes fois des manifetations d'herpès.

De sorte que ce que j'avais pris pour un chancre induré du méat n'était bien certainement qu'un berpès uréthral induré.

Seulement, si je commis l'erreur, l'expérience m'apprit à m'arrêter à temps.

C'est là ce en quoi elle est bonne. On peut toujours commettre une erreur; elle ne nous en préserve pas.

Mais elle apprend à se garantir des suites d'une erreur commise. Car apprendre à *douter*, en l'espèce, c'est tout; tout est là.

Il faut bien rappeler ce fait et, pour se garer d'une erreur semblable, inscrivez ceci en vos souvenirs qu'il est des lésions berpétiques de l'urèthre qui sont aptes à se doubler d'une induration égale au moins à celle de certains chancres de même siège et qui, par conséquent, sont de nature à donner le change, à faire croire à des syphilis qui n'existent pas.

Il y a là, bien sûrement, une cause d'erreurs qu'il faut connaître pour être en mesure de l'éviter.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique d'Amatus Lusitanus (1511-?).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Tout en passion, les convaincus récoltent des sympathies qui les dédommagent des inimitiés qu'ils soulèvent. Il est rare pourtant que les persécutions que leur vaut la ténacité dans leur opinion s'émoussent à les atteindre derrière un rempart de partisans héroïques. Plus puissante que l'amitié est la haine: habilement conduite, celle-ci vient régulièrement à bout de celle-là. L'amitié, c'est gentil, mais ça se lasse. L'ennemi persévère bien davantage.

Et cette vérité, Amatus Lusitanus l'a apprise à ses dépens. Il avait deux fanatismes : son art et sa religion. Médecin et juif, il pratiquait avec une ponctualité têtue les obligations inhérentes à ce double état social.

Né en Portugal en 1511, il enseigna la médecine à Ferrare et à Ancône. Sa parole était à ses auditeurs, mais non pas son oreille. Sur le qui vive et menacé des bûchers de l'Inquisition, il entendait très nettement le crépitement de la flamme qui risquait de clôturer sa carrière et cela n'était pas fait toujours pour le disposer à l'éloquence. Un matin, il perçut même plns que l'éclatement des fagots sous les torches des hourreaux.

Et il n'était pas le jouet d'une hallucination. Le duc d'Albe approchait avec son armée et les pistolets de ces gens avaient la réputation déplorable de faire sauter sans crier gare les cervelles des hérétiques. En professeur avisé, Amatus ne fit pas son cours ce jour-là.

Il déguerpit à la hâte, ahandonnant à Ancône effets et manuscrits et se réfugia auprès du duc d'Urbin. Mais de nouvelles tribulations l'attendaient. Suivi dans sa fuite par son titre de juif, il entendait ne pas le lâcher. Il y tenait, à ce titre, au moins autant qu'à celui de docteur et c'est en vain que le roi de Pologne et la République de Raguse tentèrent d'attirer plus tard Amatus dans leurs Etats. Elevé dans le culte de Moïse, pour accomplir les rites de sa religion, il serait allé jusque chez les Turcs, s'il avait fallu. Et il y alla.

On le vit un jour s'installer à Salonique. Son bonheur fut très grand d'y professer, non plus la médecine, mais le judaïsme, en toute liberté. Combien de temps dura cette félicité? L'histoire est muette sur ce point. Mystère aussi la date de sa mort! Le pieux Amatus décéda sans que nul y prît garde, confiant en la place d'honneur que le Dieu d'Abraham et de Jacob lui réserverait à côté des vrais croyants.

II

Amatus Lusitanus nous a laissé un gros volume de sept cents observations suivies de commentaires. L'histoire du malade y est résumée; les détails sur son état civil sont complets. Il s'appelle Jean, Pierre, Jacques, est cousin du cardinal un Tel et habite à côté d'un cordonnier qui avait eu la vérole. C'est un honnête homme qui épousa plus tard une dame noble et pudique de laquelle il eut des enfants que la mère allaita avec tendresse.

Dans ces observations trouvent place des histoires amusantes et des découvertes de maître. Un Amatus un peu grotesque, un Amatus presque génial. Les deux attributs vont plus souvent de pair qu'il ne semble. De là ces discussions interminables sur la valeur des bommes supérieurs.

Et d'abord l'Amatus sérieux. L'âme d'Hippocrate et de Galien a passé en lui, nous assure son éditeur. C'est en effet ce médecin qui enseigne à scarifier aux chirurgiens de Ferrare et découvre la valvule existant au coude de la veine azygos. Seulement la fonction qu'il lui accorde est inverse de sa fonction réelle : cette valvule, d'après Amatus, empêcherait le reflux du sang de l'azygos dans la veine cave. Interprétation fausse qui reposait sur l'idée que le sang veineux progresse du centre à la périphérie, mais fait anatomique exact que contestèrent maladroitement Vésale et Fallope. On voit que c'est à tort que la première constatation des valvules veineuses est attribuée à Fabrice d'Acquapendente.

Aussi heureux est Amatus dans la relation d'un certain nombre de ses cures. Il conseille l'opération de l'empyème entre la troisième et la quatrième côte. Une dame noble guérit par ce procédé.

Pour s'être élancé trop énergiquement sur sa monture, un cavalier fut atteint de luxation du coccyx. Un doigt introduit dans l'anus remit les choses en état. C'est là un accident fort rare. Malgaigne n'a réuni que six cas de luxation du coccyx en avant.

Curieuse encore l'histoire d'une femme syphilitique qui, à la suite de l'usage abusif du sublimé, fut atteinte d'une raucité de la voix que l'auteur impute à la corrosion des nerfs récurrents par les trop hautes doses de mercure.

A l'occasion, la pratique d'Amatus était téméraire : Un homme dans la force de l'âge souffrait d'une céphalée frontale opiniâtre. Avait-il eu la syphilis? Quoi qu'il en soit, on ne découvrait aucune

cause apparente à son mal qui résista aux purgations, vésicatoires, décoctions de gaïac. Notre médecin n'hésita pas; il rasa la tête du patient, incisa le premier jour le cuir chevelu jusqu'à l'os et le lendemain perfora le crâne jusqu'à la dure-mère.

Mieux immédiat après l'opération : une décoction de gaïac acheva la guérison.

Et maintenant l'Amatus plaisant : Oyez la très véridique aventure qui effara la ville d'Esqueira, vers le milieu du XVI[e] siècle.

Une jeune fille, Marie Pececa, était arrivée à l'âge où les femmes ont coutume d'avoir leurs règles. Mais un matin, grand émoi : en place des menstrues jaillit de la vulve un membre viril. Pas d'incertitude possible. Le sexe était changé. Les robes durent être quittées pour l'habit d'homme et notre adolescent, baptisé à nouveau, fut appelé Manuel. Il se maria, resta imberbe, toutefois Amatus ne peut affirmer s'il eut des enfants.

A méditer, également, l'observation que voici : Une jeune femme, âgée de vingt-quatre ans; de soulever un gros poids, ressentit des douleurs dans les lombes et le bas-ventre. Le repos au lit fut obligé. En proie à l'insomnie, la malade urinait du sang et plus tard du pus. Un tel état de choses ne pouvait tenir, n'est-ce pas, qu'à un prolapsus utérin. Le diagnostic commandait une intervention impudique. Une accoucheuse reçut l'ordre de toucher la femme et de replacer doucement l'utérus dans sa position normale. Cela fait, il s'agissait de maintenir à sa place l'organe heureusement réduit. Rien de plus simple. L'utérus est flatté par les bonnes odeurs, chacun sait ça. En conséquence, la malade respirera du musc et des herbes parfumées. L'utérus remontera fatalement vers les narines. Mais ce n'est pas tout. On connaît aussi la répugnance de l'utérus pour les odeurs fétides. La vulve sera donc exposée à la puanteur du galbanum et de la fumée de plumes brûlées. Ainsi attiré vers le haut, chassé par le bas, pas moyen à l'utérus de retomber. Et la preuve qu'il tenait bien en place, c'est que, soumise à l'usage des boissons aqueuses et à l'interdiction du vin et des aliments échauffants, la malade guérit très vite.

Cette cystite qualifiée de prolapsus utérin peut être rapprochée de la pyrexie, fièvre typhoïde sans doute, qu'Amatus appelle ulcère gangreneux du cerveau.

Le 4 septembre 1546, un homme de 27 ans fut pris de violents maux de tête. Sa maladie avait fait suite à des veilles prolongées nécessitées à la fois par l'observation des devoirs religieux qui lui étaient imposés en sa qualité de juif et les soins à un père malade atteint de diarrhée. La fièvre était forte. Abattu et somnolent, le malade restait immobile, ne répondait plus aux questions. On le traita par la saignée de la veine céphalique au bras gauche, l'application de sangsues à l'anus, de vésicatoires aux omoplates, de compresses fraîches sur la tête. De l'onguent de nénuphar fut soigneusement étendu sur la région du cœur. La guérison qui survint témoigna de l'efficacité de cette médication.

A lire les œuvres d'Amatus Lusitanus, les médecins peuvent se rassurer. Pas de maladie qui leur résiste. Les moyens thérapeutiques abondent et, parfois, ils sont rationnels.

A la vérole, on opposera les frictions d'onguent mercuriel, les décoctions de séné et de gaïac unies aux sirops de bourrache et de fumeterre.

Une ophtalmie épidémique sévit en 1560. La maladie guérit par des applications de compresses d'eau de roses sur les yeux et des instillations entre les paupières d'un collyre composé de sucre candi, de gomme et de nitrate d'argent.

Dans les aphtes avec fièvre — stomatite ulcéro-membraneuse sans doute, Amatus n'hésite pas à soigner même les enfants. — De plus la bouche sera rincée avec une décoction de roses rouges, de myrtilles auxquelles on ajoute une demi-drachme d'alun.

Voici une formule contre l'aménorrhée : racine de fenouil, asperge, myrte, persil, chardon bénit, aâ, une once; semence de fenouil, d'anis, aâ, une drachme, armoise, thym, herbe aux chats, une poignée pour une décoction qui sera édulcorée avec du sirop d'herbe aux chats, à boire le soir avant le souper. La racine de garance et les stigmates de safran sont également utiles en pareil cas.

Contre la fièvre maligne, on ordonnera : follicules et feuilles séné, aâ, une once, gingembre une demi-drachme, fleurs de bourrache, de violettes, de roses rouges, une drachme, six prunes et six figues pour une décoction à laquelle on pourra ajouter du miel rosat.

III

Assurément, recommander de prendre modèle sur les médecins du seizième siècle n'est pas imposer les formules de ceux-ci. Mais c'est rappeler la place d'honneur que la thérapeutique occupait dans leurs ouvrages, place si accaparante qu'elle reléguait la clinique dans un coin un peu obscur. La médecine est l'art de guérir, Amatus Lusitanus le répète tout le long de ses pages. Qu'aurait-il pensé de voir l'estime de nos contemporains aller si exclusivement aux sciences de laboratoire ? Si brillantes puissent rayonner les découvertes de la bactériologie, elles ne déposséderont jamais la thérapeutique du trône d'où elle domine les acquisitions du microscope et de l'expérimentation. Il y a peu d'années encore, le microbe faisait vraiment tort au malade. A supposer que le vieux Amatus eût vécu parmi nous, de quel haussement d'épaules il eût accueilli cet abus ! Il est probable qu'il eût déserté le laboratoire avec la même précipitation qui le faisait s'enfuir devant les soudards du duc d'Albe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars. — Présidence de M. Monod.

M. Picqué lit un rapport sur les différents travaux suivants envoyés à la Société par M. Chevassu (médecin militaire) :

1° *Péritonite enkystée consécutive à une perforation de l'appendice chez un ancien scarlatineux. Laparotomie. Résection de l'appendice. Guérison.*

2° *Un cas d'appendicite aiguë. Laparotomie. Adhérences de l'appendice. Extraction d'un coprolithe. Guérison.*

M. Picqué complimente l'auteur de ces deux observations où l'opération, conduite selon les règles indiquées par la Société de Chirurgie, a été suivie de succès.

3° *Tumeur fibreuse du dos de la main englobant les tendons extenseurs.*

Il s'agit là d'une tumeur survenue à la suite d'une plaie par piqûre d'épine, plaie dans laquelle l'épine est restée. La tumeur, mobile sur les parties profondes, a été enlevée avec succès. Au centre de la tumeur on a retrouvé l'épine ; mais il n'a pas été fait d'examen histologique de la tumeur. Cela est regrettable et rend négative la valeur de cette observation en ce qui concerne l'influence des traumatismes sur l'origine des tumeurs.

4° *Rupture traumatique de l'urèthre. Suture. Réunion immédiate sans rétrécissement.*

La conduite de M. Chevassu, conforme aux règles qui ont été posées à la Société, a obtenu un nouveau succès. M. Picqué rapporte un fait personnel où la suture para-uréthrale de M. Guyon a été suivie d'une pareille guérison.

Un cas de lithiase de la vésicule biliaire.

M. Tuffier. — A propos d'un cas de lithiase de la vésicule biliaire et de la vésicule biliaire seule, je voudrais insister sur deux points : *a*) les difficultés de diagnostic que peut présenter cette lésion ; *b*) les différentes méthodes thérapeutiques qui lui conviennent.

a) Il s'agit d'une malade de 40 ans qui n'avait présenté, avant que je la vis, que des accès gastralgiques sans ictère. J'ai trouvé une tumeur volumineuse occupant le flanc droit. J'ai pensé à une tumeur liquide de la vésicule biliaire. J'ai vu, en effet, à l'opération, une tumeur enchâssée sous la face inférieure du foie et débordant son bord inférieur. Etant donné l'état de maigreur de ma malade, j'avais raison de penser à un néoplasme de la vésicule. Mais la paroi de cette vésicule était transparente comme la poche d'un kyste hydatique du foie. D'autre part, une ponction faite dans la tumeur m'ayant fait retirer un liquide clair, nous avions deux raisons de penser qu'il s'agissait là d'un kyste hydatique du foie, et, c'est à ce moment de l'opération, le diagnostic auquel je m'étais arrêté. J'ai donc suturé la poche à la paroi. Je l'ai ouverte et il en est sorti 23 calculs biliaires. J'ai drainé la poche sans l'extirper. Ma malade a parfaitement guéri. Voilà donc un cas où le diagnostic a été difficile, même avec la tumeur sous les yeux. D'autre part, le simple drainage de la poche a suffi pour en amener la guérison. On est porté à croire que le liquide de la vésicule était dû à la présence des calculs, puisque les calculs ayant été enlevés, le liquide ne s'est plus reproduit.

b) Il y a, on le sait, trois opérations possibles en présence d'une cholécystite calculeuse : la cholécystostomie temporaire, c'est l'opération que j'ai pratiquée ; la cholécystostomie idéale, qui consiste à fermer la vésicule aussitôt l'extraction des calculs ; enfin, la cholécystectomie.

Depuis quatre ans, j'ai toujours, pour des affections de ce genre, pratiqué la cholécystostomie temporaire, avec fixation de la poche à la paroi et drainage. J'ai ainsi opéré treize cas et je n'ai opéré que des femmes. Trois de mes malades sont mortes : une de pneumonie, l'autre de cachexie ; la troisième est morte, selon moi, des suites d'une faute opératoire que je tiens à révéler : j'avais ouvert la vésicule avant que celle-ci eût été fixée à la paroi.

J'estime que, pour toutes ces opérations, les accidents antérieurs présentés par la malade, le nombre des calculs contenus dans la vésicule n'ont jamais présenté la moindre importance. Trois fois, j'ai trouvé une vésicule volumineuse. Dans tous les autres cas, elle était atrophiée.

Les suites opératoires ont toujours été simples. Généralement, il s'est produit un écoulement de bile par la fistule, vers le second ou le troisième jour de l'opération. Au bout du huitième jour, cet écoulement de bile diminuait et jamais une fistule n'a persisté plus d'un mois. Aucun cas n'a récidivé.

Je doute que l'on puisse davantage éviter la fistule en faisant la cholécystostomie idéale ou bien la cholécystectomie. Au contraire, j'estime que la première de ces deux méthodes est une opération dangereuse. Car, selon moi, la fistule est liée à l'état de perméabilité ou d'infection des voies biliaires.

La discussion sur ce sujet est renvoyée à la prochaine séance.

Traitement opératoire du bec-de-lièvre.

M. Kirmisson a admiré, à la fin de la dernière séance, le petit malade présenté par M. Berger (Voir *Gazette Médicale* du 14 mars 1896). Mais le procédé de M. Berger ne lui paraît pas applicable chez les tous jeunes enfants, à cause des longues incisions qu'il nécessite. C'est pour éviter ces longues incisions que, dans trois ou quatre cas, M. Kirmisson a rabattu simplement la narine étalée sur la portion attenante de la lèvre et opéré ensuite comme Mirault, d'Angers.

M. Lucas-Championnière insiste sur les avantages que lui ont toujours fournis les points de suture profonds intra-buccaux.

M. Berger. — Mon procédé consiste non à décoller, mais à détacher complètement l'aile du nez d'avec le sillon naso-jugal et le sillon naso-labial. J'obtiens ainsi une adhésion plus grande.

J'ai abandonné aujourd'hui les sutures intra-buccales dont parle M. Lucas-Championnière. Je pratique la suture à distance collodionnée, et je m'en trouve fort bien.

M. Kirmisson. — M. Berger a-t-il jamais eu des résultats esthétiques fâcheux chez ses malades ?

M. Berger. — Je n'en ai encore jamais eu.

M. Tachard (médecin militaire) lit un travail sur un cas de pseudarthrose du tibia traité par les injections intra-fragmentaires de teinture d'iode selon la méthode de Guyon, cas qui a été suivi de guérison.

M. Schwartz dit qu'il a obtenu un succès à peu près semblable avec l'électrolyse.

Présentation de malade.

M. Hartmann présente un malade soigné pour fracture oblique du tibia. Il est resté, de cette fracture, un fort raccourcissement et une consolidation vicieuse. M. Hartmann a opéré ce malade, mais n'a pu réduire le raccourcissement. Ce n'est que grâce à l'appareil à extension continue que le membre fracturé a pu reprendre sa longueur normale.

M. Quénu dépose sur le bureau de la Société de Chirurgie, de la part de M. Longuet, ancien interne des hôpitaux, un travail intitulé : Du traitement chirurgical de la cholécystite non calculeuse.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1896.

Contagion professionnelle du cancer.

M. Guermonprez cite deux cas qui sembleraient plaider en faveur de l'origine contagieuse du cancer.

Dans le premier cas, il s'agit d'un médecin qui avait une pustule acnéique à la région temporale qu'il grattait souvent. Bientôt apparut une tumeur, où l'histologie montra un épithélioma ayant débuté dans les glandes sébacées de la peau. Il n'y avait dans les antécédents héréditaires du malade aucune manifestation cancéreuse. Aussi semble-t-il qu'il faut trouver la cause de ce cancer dans les soins que ce médecin avait donnés à plusieurs cancers utérins de sa clientèle.

Le second cas se rapporte à l'opération d'un malade atteint de cancer de la mâchoire supérieure. Pendant l'opération, l'ongle de l'index droit de l'opérateur fut retourné contre l'os malade. Dans le but d'éviter une inoculation, on fit la résection immédiate d'une partie du lit unguéal, et on fit une antisepsie minutieuse. Quatre semaines plus tard, une petite verrue se montre sur le bord libre de l'ongle. Au bout de dix-neuf mois seulement elle céda à l'application de collodion à l'acide pyrogallique au cinquième. Elle ne fut malheureusement pas examinée histologiquement.

Luxations congénitales de la hanche.

M. Broca revient sur la question du traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche.

Le procédé, dit-il (Voir *Gazette Médicale* du 14 mars), ressemble beaucoup à celui de Lorenz.

L'auteur a décrit, au congrès de Bordeaux, une méthode dont, à son sens, on a dénaturé la valeur. Il aborde la capsule par l'incision de Langenbeck, passant entre deux faisceaux du grand fessier. Les muscles trochantériens sont relevés en un volet et on fait l'ostéotomie temporaire du trochanter. Mais on ne sectionne

pas les muscles trochantériens, évitant ainsi le choc et l'hémorrhagie.

Sur trente-sept cas, l'auteur n'a eu que trois décès. L'opération est donc une opération bénigne.

Quant aux résulats, plus on attend, plus ils sont satisfaisants. Ils consistent à voir ce qu'est devenue la claudication et à se rendre compte si l'enfant est capable de longues courses.

Or, au point de vue des résultats, la statistique de l'auteur porte sur dix-huit enfants, ses autres opérés n'étant pas encore en état d'être jugés.

Il y a eu là-dessus trois cas de récidive. Dans les autres cas, on peut voir que les résultats de l'opérateur sont satisfaisants. Il se constitue une néarthrose solide. La tête est fixée et ne peut plus subir de mouvements d'ascension.

La claudication diminue beaucoup. Elle est devenue nulle deux fois; dans un cas de luxation bilatérale, elle est devenue presque nulle. Les opérés font aujourd'hui de longues courses sans se trouver fatigués.

Enfin, comme Lorenz, M. Broca remplace l'extension continue par un appareil plâtré, mais sans nier que l'extension soit fort utile dans la réduction des vieilles luxations, chez les enfants de dix à quinze ans.

Photographie intra-utérine.

M. Pinard, après avoir extirpé un utérus gravide de trois mois et demi, avec annexes, vagin et rectum, chez une femme morte d'anémie pernicieuse, débita les pièces en trois tranches parallèles, après congélation préalable.

La photographie par les rayons X permet de voir la silhouette du corps de l'utérus, la paroi musculaire, avec la cavité utérine en clair. La silhouette du fœtus se détache au contraire en foncé.

On arrive donc à examiner la position du fœtus au moyen de la photographie par les rayons X. La paroi utérine fraîche et pleine de sang se laisse en effet traverser comme la paroi utérine densifiée, en admettant que les choses se passent comme pour le foie, pour lequel le fait a été prouvé expérimentalement.

Rôle préventif de la quinine dans le paludisme.

M. Laborde. — Déjà j'ai montré que les substances médicamenteuses avaient une action prophylactique, préventive et immunisante comme les produits animaux. Ainsi, il existe une substance curarique, qui, à l'égard du tétanos strychnique, se comporte à la fois comme curatif et comme préventif.

De même, l'action préventive et prophylactique de la quinine est chose bien incontestable, aussi bien que celle de différentes substances d'origine végétale ou minérale.

Déjà il existe des observations où cette action immunisante de la quinine est bien mise en relief dans le paludisme, à telle preuve que de Duhergé raconte avoir entendu dire par un médecin de marine que cinq centigrammes de sulfate de quinine par jour le préservaient parfaitement de la maladie, tandis qu'il avait de la fièvre aussitôt qu'il cessait de prendre de la quinine.

De nombreux autres travaux français et étrangers viennent appuyer cette manière de voir, et la prophylaxie du paludisme par le sulfate de quinine ne peut plus être mise en doute.

Comment agit la quinine dans cette circonstance? C'est, dit M. Laveran, par action spécifique de la quinine sur l'hématozoaire. Ou bien elle le tue, ou bien elle en fait une proie plus facile pour les leucocytes.

Sous l'influence du traitement, les corps sphériques et les flagella commencent sans doute par disparaître; les corps en croissant sont plus résistants. Aussi les hématozoaires non détruits par la quinine repullulent-ils, d'où rechutes possibles et même fréquentes. C'est par l'emploi de traitements successifs qu'on évite ces rechutes.

Enfin il faut peut-être encore tenir compte de l'action élective de la quinine sur les centres de sensibilité et de thermogenèse.

D'autres sels sont peut-être préférables au sulfate de quinine, surtout quand il s'agit d'une action préventive, s'exerçant par des doses de médicaments répétées. Tels sont le chlorhydrate neutre, le chlorhydrate, le chlorhydro-sulfate de quinine, auxquels on peut ajouter la quinéthyline et la quinopropyline.

De l'appendicite.

M. Dieulafoy lit un long travail sur l'appendicite qui se résume dans les conclusions suivantes :

L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une cavité close. Cette transformation peut se faire sur un point quelconque de ce canal, et cela par différents mécanismes. Souvent elle est due à la formation lente et progressive d'un calcul appendiculaire. Ce calcul ne vient pas du cœcum, mais se rapporte à une véritable lithiase appendiculaire, semblable aux lithiases rénale et biliaire. Ces trois lithiases coexistent dans certains cas dans une même famille. L'appendicite calculeuse est même héréditaire, et doit rentrer dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme.

Dans d'autres cas, la transformation en cavité close est la conséquence d'une infection locale, semblable à l'obstruction de la trompe d'Eustache en cas d'otite, et à l'oblitération des canaux biliaires en cas d'ictère catarrhal.

Enfin, elle peut être le résultat d'un rétrécissement fibreux, comme celui de l'urèthre. Ces différentes causes d'appendicite peuvent coexister chez un même sujet.

Dans la cavité close, les microbes normaux de l'appendice pullulent et exaltent leur virulence, comme dans les expériences de Klecki, après ligature d'une anse intestinale. Le foyer d'infection est parfois terrible. C'est surtout le colibacille et le streptocoque qu'on y rencontre. La virulence de l'appendicite est parfois si considérable qu'elle suffit à tuer le malade, les symptômes et les lésions de péritonite étant à peine ébauchés.

Mais l'infection peut aussi se propager de l'appendice vers le péritoine, et cela, sans perforation des parois de l'appendice. D'où péritonite généralisée, septicémie aiguë du péritoine, péritonite enkystée, abcès péritonéaux à distance, abcès aréolaires du foie. Enfin l'infection appendiculaire peut aboutir à la gangrène, à la perforation de l'appendice et se terminer par une péritonite par perforation.

Le traitement médical est nul ou insuffisant. Il faut l'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars.

Mort subite par thrombose pulmonaire au cours de la chlorose.

M. Hayem. — Je présente à la Société une pièce relative à un cas de mort subite au cours de la chlorose.

Il s'agit d'une malade âgée de 21 ans, entrée dans mon service le 4 février 1896. Le 14 février, à la suite d'une vive émotion, elle se dresse sur son lit, pousse un cri, retombe, écume de la bouche et meurt. Cette scène avait duré une minute à peine.

En 1894, la malade avait eu une phlegmatia de la jambe gauche qui laissa après elle des douleurs rapportées à une sciatique. En 1895, apparurent des battements de cœur, de la dyspnée, parfois angoissante, pour lesquels on lui fit prendre du fer et de la digitale.

A son entrée dans le service elle éprouvait de la céphalalgie et des palpitations violentes accompagnées d'un point de côté sous le sein gauche, mais elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Les battements du cœur, violents et précipités, s'accompagnaient d'un bruit morbide variable, ressemblant tantôt à un frottement, tantôt à un bruit de galop. L'appareil pulmonaire n'offrait rien de spécial à l'auscultation.

A l'autopsie, l'artère pulmonaire était complètement oblitérée par des coagulations sanguines, les unes anciennes, les autres récentes; ces dernières, lisses, formées de granulations friables. Les antres adhéraient aux parois vasculaires.

L'artère pulmonaire et ses branches secondaires étaient à peu près complètement oblitérées. Il existait, en outre, des prolongements de caillots cruoriques.

Le point de départ de ces coagulations était dans le cœur même. Il ne s'agissait pas là d'embolie d'origine veineuse.

Le cœur était petit; l'aorte mesurait cinq centimètres au niveau de son origine, quatre centimètres et demi seulement au niveau de la partie moyenne de la crosse. C'est une aorte moyennement chlorotique.

Dans le cœur droit existent deux espèces de coagulations. Les unes petites, sessiles, de petit volume, et un gros caillot en forme de battant de cloche, à grosse extrémité déchiquetée, à petite extrémité rattachée à la paroi par un mince pédicule fibreux incrusté de sels calcaires. Deux parties constituent ce caillot: une dure, incrustée de sels calcaires, recouverte par un prolongement de l'endocarde, et une tête végétante recouverte de débris analogues aux caillots de l'artère pulmonaire. Cette dernière partie, battue sans cesse par le flot sanguin, ne pouvait s'organiser d'une façon parfaite.

En somme, il y a eu endocardite et développement, dans le cœur, d'un caillot ancien dont l'origine remonte probablement à l'époque de la phlegmatia. La partie libre, battue par le sang, rentre dans la variété que j'ai décrite sous le nom de coagulation par battage.

L'oblitération de l'artère pulmonaire s'est faite en divers temps, à des époques très éloignées. Il n'y a jamais eu production d'infarctus. Les poumons sont atélectasiés et tout au plus infiltrés d'un peu de sang.

Une observation analogue a été publiée par M. Rendu, mais elle diffère de la nôtre par ce fait que le point de départ du caillot n'est pas indiqué. Ici, le point de départ peut être précisé par la structure même de la coagulation.

Sur la nécessité d'une revision des angines dites à streptocoques.

MM. F. Widal et F. Bezançon. — Le diagnostic d'angines à streptocoques est un des diagnostics bactériologiques que l'on porte le plus fréquemment en clinique; c'est un de ceux qui cependant nous paraissent les plus sujets à revision.

Dans un précédent travail, nous avons déjà signalé la présence constante du streptocoque dans la bouche de 49 malades atteints des affections les plus diverses. D'autre part, la présence constamment décelée du streptocoque dans la bouche de 20 personnes saines nous avait déjà permis d'avancer que ce microbe se trouve aussi fréquemment dans la bouche normale que le coli-bacille dans l'intestin. Des examens bactériologiques, récemment répétés, de bouches saines ou malades, nous ont toujours donné le même résultat.

Dernièrement, M. Lemoine, dans 165 cas d'angines aiguës de causes les plus diverses, a trouvé, comme nous, dans tous les cas le streptocoque. Il a montré, de plus, qu'en pratiquant la ponction de l'amygdale suivant le procédé de M. Vaillard, on peut isoler le plus souvent à l'état de pureté le streptocoque de la profondeur même de l'amygdale. Chez cinq personnes saines nous avons pratiqué la ponction de l'amygdale suivant ce procédé et chaque fois nous avons retiré le streptocoque.

Deux faits, que nous avons récemment observés, nous avaient déjà montré l'affinité du streptocoque pour la profondeur de l'amygdale. Au fond d'une crypte amygdalienne, démesurément agrandie, s'accumule chaque jour, chez certaines personnes, une masse plus ou moins considérable de smegma épitbélial blanchâtre, facilement énucléable avec un stylet; nous avons pratiqué dans deux cas l'examen bactériologique de ce smegma et y avons trouvé une véritable purée de streptocoques. Le streptocoque peut donc pulluler pendant des années dans la profondeur de l'amygdale sans déterminer la moindre réaction inflammatoire.

Est-il possible d'établir des distinctions entre les divers streptocoques trouvés ainsi dans la bouche saine ou malade? Existe-t-il quelque caractère permettant de reconnaître un streptocoque inoffensif d'un streptocoque producteur d'angine?

En ces dernières années, un grand nombre d'expérimentateurs ont essayé d'établir nne classification parmi les microcoques qui se groupent en chaînettes. Nous-mêmes avons repris cette étude et, pour juger la valeur de tous les signes différentiels proposés, avons comparé un à un les caractères morphologiques ou biologiques de 122 échantillons de streptocoques isolés par nous. De notre enquête, il est résulté que tous les prétendus caractères distinctifs des streptocoques de la bouche normale ou pathologique n'ont qu'une apparence de réalité.

Le streptocoque se retrouve toujours en même temps que le bacille de Lœffler sur les tubes ensemencés avec les fausses membranes diphtériques; le fait a été signalé il y a longtemps déjà par MM. Roux et Yersin. Dans l'état actuel de nos connaissances, la confluence très marquée des colonies de streptocoques sur tubes de sérum est la seule indication possible d'une diphtérie associée à streptocoques, comme l'a bien montré M. Martin; encore est-il que souvent la limite qui caractérise cette confluence est difficile à préciser.

Reste la question de virulence. Peut-on trouver un élément de différenciation entre les divers streptocoques en recherchant le degré de virulence présenté par eux?

Pour essayer la virulence des streptocoques, il faut, avant tout, s'entendre sur un terme de comparaison expérimentale. Pour juger de la virulence des nombreux échantillons de streptocoques isolés par nous depuis plusieurs années, nous avons l'habitude d'inoculer nos cultures dans le tissu cellulaire de la peau de l'oreille du lapin; par ce procédé on peut apprécier la gamme de virulence des streptocoques: érythème, suppuration localisée, érysipèle, septicémie.

Les streptocoques retirés de la bouche normale n'ont jamais, dans nos expériences, donné à nos animaux ni septicémie, ni érysipèle; ils sont cependant susceptibles d'acquérir la virulence et nous avons montré que, par passage dans le corps des animaux, avec association d'un coli-bacille virulent, ces streptocoques pouvaient acquérir la propriété de produire chez le lapin l'érysipèle de la septicémie.

Pour qu'un streptocoque exalte sa virulence, il ne suffit pas qu'il végète dans la bouche d'un malade; il faut, en général, qu'il pénètre l'économie. Ce que nous avons observé chez les varioleux est instructif à cet égard; les streptocoques isolés de leur bouche pendant la vie sont presque toujours dénués d'action pathogène; ceux retirés de leur sang et de leurs tissus sont doués d'une très grande virulence.

Le fait que le streptocoque se retrouve toujours à la surface ou dans la profondeur de l'amygdale saine ou malade nous montre que la présence de ce microbe sur les tubes de culture ne peut guère aider au diagnostic des angines. D'autre part, si les streptocoques isolés de la bouche des angineux ont quelquefois une certaine virulence, leur action pathogène n'est pas assez constante pour permettre d'établir rapidement, en vue du diagnostic clinique, leur distinction avec les streptocoques de la bouche normale.

Ajoutons que des recherches récentes ont montré également à divers expérimentateurs la fréquence des staphylocoques et du coli-bacille dans la bouche normale.

La bactériologie, qui nous a rendu le plus précieux des services en nous permettant le diagnostic rapide et certain de l'angine diphtérique, ne nous autorise pas, à l'heure actuelle, à

nous baser sur la présence du streptocoque pour distinguer nosographiquement les angines aiguës. En prenant cette base de classification, on risquerait de ne plus distinguer que deux variétés d'angines aiguës, les diphtériques et les non diphtériques, et cette classification serait par trop simpliste. Il faut se souvenir que les infections d'une cavité ouverte, constamment peuplée de germes, comme la bouche, sont plus difficiles à classer que les infections d'une cavité close, normalement aseptique, comme la plèvre, par exemple. Les angines aiguës, érythémateuses ou pseudo-membraneuses, dans lesquelles on retrouve le streptocoque, ne sont donc pas suffisamment classées par la bactériologie. Sans nier le rôle que ce microbe doit souvent jouer dans leur genèse et tout en reconnaissant son rôle capital dans leurs complications, nous avons voulu seulement montrer qu'à l'heure présente les angines aiguës non diphtériques doivent continuer à être classées d'après leur étiologie générale, leur aspect local et leur évolution clinique.

Erythème infectieux dans la fièvre typhoïde.

M. Galliard. — Un homme de trente ans, soigné dans mon service, à l'hôpital Tenon, pour une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, a présenté, à partir du dixième jour, une belle éruption de taches rosées lenticulaires. Il a eu des hémorrhagies intestinales du quinzième au vingtième jour. Le vingt-deuxième jour, j'ai constaté un piqueté rougeâtre aux poignets, au pli des coudes, aux malléoles externes, aux creux poplités. Le vingt-troisième jour, les macules étaient nombreuses, larges, souvent confluentes dans ces régions ; on en trouvait aussi aux aines, à l'abdomen, au thorax; les placards étaient symétriques. L'érythème ne fut visible que pendant trois jours. On ne put l'attribuer à aucun médicament, le malade ayant été traité seulement par les bains froids et n'ayant pris que deux ou trois doses de quinine au début. Vomissements, albuminurie, délire, adynamie; mort le trente-huitième jour. Pas d'autopsie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 mars.

Fièvre traumatique aseptique.

M. Pillon. — En faisant différents traumatismes à des cobayes et à des lapins, nous avons été amenés à formuler les conclusions suivantes, en ce qui concerne l'apparition de la fièvre.

Des traumatismes de même intensité et sur des régions semblables produisent une hyperthermie variable d'un animal à un autre de la même espèce.

L'hyperthermie n'affecte pas toujours un rapport direct avec l'étendue de la lésion.

Elle ne dépend pas toujours du volume de l'épanchement sanguin.

Ce sont surtout les fractures sous-cutanées qui, de tous les traumatismes, engendrent le plus constamment la fièvre.

L'âge de l'animal, le volume de l'os, le siège de la fracture n'influent pas d'une façon absolue sur l'élévation de la température.

Les épanchements sanguins intrapéritonéaux aseptiques peuvent produire une hyperthermie de 1 degré à peu près pendant vingt-quatre heures chez les cobayes.

Différentes conditions semblent intervenir dans la genèse de l'hyperthermie: ce sont le pouvoir d'absorption variable avec chaque tissu, la composition des liquides du foyer traumatique, le degré d'irritation des tissus atteints, l'intensité de la réaction locale.

Des acides biliaires dans la bile incolore.

M. Hanot. — M. Carion a examiné deux cas d'acholie pigmentaire au point de vue de l'état de la bile. La modification de la bile ne porte pas seulement sur la teneur en pigment, mais aussi sur la teneur en acides.

En effet, dans les deux cas, se rapportant à une obstruction calculeuse prolongée et à une cirrhose, il n'y avait que des traces d'acide glycocolique. L'acide taurocholique était également en proportions très faibles.

Action du foie sur la toxine diphtérique.

M. Lepique a entrepris de rechercher l'action du foie sur la toxine diphtérique sur le lapin, sur les indications que lui avait fournies M. Charrin.

Deux lapins recevaient de la toxine diphtérique, l'un dans un rameau de la veine porte, après avoir été laparotomisé, l'autre dans la veine auriculaire. Les animaux mouraient presque en même temps.

Le foie ne semble pas exalter la virulence de la toxine diphtérique, contrairement à une opinion déjà soutenue. Le foie avait toutes les lésions du foie infectieux.

De plus, la toxine diphtérique fait très rapidement disparaître le glycogène du foie ; ceci indique bien que le foie est altéré, sans qu'on puisse dire qu'il l'est plus ou moins, car il n'y a pas de teneur normale en glycogène.

Oscillations propres de la rétine.

M. Charpentier fait connaître, par l'intermédiaire de M. d'Arsonval, qu'il a pu mesurer la fréquence des oscillations propres de la rétine, grâce à la straboscopie.

De ses calculs, il résulte que la rétine est apte à entrer en oscillations avec une fréquence de trente-six par seconde.

Intoxication par la strychnine.

M. Sadoréance, appelé à soigner une femme qui avait absorbé soixante centigrammes de strychnine, commença par injecter vingt-cinq centigrammes de curare en solution, au titre de cinq centigrammes par gramme d'eau. Huit heures plus tard, fut faite une seconde injection de dix centigrammes, et enfin le lendemain une dernière injection de deux centigrammes. Au bout de six jours, la malade était tout à fait guérie.

Pouvoir oxydant des différents organes.

MM. Abelous et Biarnès ont recherché les différents degrés de pouvoir oxydant de certains organes, et sont arrivés à établir une hiérarchie de ces organes, basée sur leur activité oxydante.

Les organes les plus oxydants sont la rate, le poumon et le foie. Viennent ensuite le corps thyroïde, le rein, les capsules surrénales, le pancréas, le testicule et l'ovaire. La substance nerveuse et la substance musculaire sont rangées en dernière ligne, et n'oxydent pas de façon appréciable.

On peut conclure de ces faits que les appareils de la vie de relation ne sont guère le siège d'oxydations appréciables, tandis que les appareils glandulaires jouissent d'une véritable activité oxydante.

BIBLIOGRAPHIE

Le Paludisme.

Par M. le Dr A. Dubergé

Les médecins européens ne connaissent guère que par ouï-dire le vrai paludisme, celui que leurs confrères de la marine et des colonies ont décrit tant de fois et dont les manifestations sont si nombreuses et multiples que la pathologie de certaines contrées s'en trouve considérablement modifiée. On sait que, dans ces régions peu privilégiées, la malaria exerce de profonds ravages,

qui ne se traduisent pas seulement par le nombre des victimes frappées à mort, mais aussi par son influence éthnique évidente, par l'empreinte fatale dont elle marque les populations et le cachet de débilité incurable qu'elle imprime à leur descendance. Nul fléau, si ce n'est peut-être la phtisie, ne justifie à un pareil degré les préoccupations des hygiénistes, des législateurs et des philosophes.

Ceci explique le très grand nombre de publications que l'étude du paludisme a inspiré, et qu'il fait naître encore de temps à autre, car avec lui la question n'est jamais résolue complètement, il y a toujours quelque point par lequel elle reste ouverte. Aujourd'hui encore, c'est la nature de l'infection malarienne, la détermination du contage producteur des accidents paludéens qui divise les médecins. Nous avons eu récemment les belles recherches de Laveran aboutissant à la découverte de l'hématozoaire qui est considéré comme l'élément actif et spécifique de ce contage. Mais cette notion est-elle exacte et définitive, et peut-on la considérer comme la solution du problème si longtemps posé de la nature de l'empoisonnement malarien ? On n'ose encore répondre affirmativement, parce qu'il y a beaucoup d'objections à présenter concernant l'interprétation des faits sur lesquels cette découverte de l'hématozoaire a été fondée. En tout cas, on ne peut dire que la thérapeutique en ait beaucoup profité, encore moins la prophylaxie, chose plus importante. A cet égard, on peut comparer la découverte de Laveran à celle de Koch, laquelle est demeurée, comme on sait, à peu près stérile au point de vue de la curabilité de la phtisie pulmonaire. En sera-t-il encore longtemps ainsi ? Nous l'ignorons, mais présentement nous sommes encore guidés dans le traitement du paludisme par les enseignements un peu empiriques de la tradition, par les règles que nous a transmises la longue et coûteuse pratique de nos devanciers.

Le petit livre de M. Dubergé fait la part de ces critiques et de ces objections, en même temps qu'il résume les notions indispensables à ceux qui veulent connaître l'état actuel de la doctrine du paludisme. L'auteur y fait preuve d'un sage esprit d'éclectisme, et ses conclusions sont empreintes d'une prudence justifiée par les difficultés du sujet. Par exemple, en ce qui concerne l'action préventive du sulfate de quinine vis-à-vis des accès, on trouve une divergence d'opinions qui explique facilement l'embarras du médecin. Si M. Dubergé croit pouvoir se ranger ici à l'affirmative, ce n'est qu'après avoir discuté la question, après avoir soupesé soigneusement les arguments que les partisans de son opinion et les opposants invoquent respectivement. Et encore il a soin de nous dire que cette efficacité de la quinine est relative, et que si le médicament parvient à prévenir ou à enrayer les accès, c'est plutôt en maintenant le paludisme à l'état latent, résultat fort avantageux sans doute, mais toutefois imparfait, incomplet. Néanmoins cette conclusion est consolante, puisqu'elle permet d'entrevoir dans l'avenir une atténuation marquée des atteintes du paludisme, peut-être une suppression définitive des cas mortels. On retrouve, d'ailleurs, les mêmes réserves au sujet du traitement des accès pernicieux, c'est-à-dire à propos d'une série de faits qui intéressent au plus haut degré les médecins. Ici, les décisions rapides s'imposent, car il s'agit de frapper vite et fort, si l'on veut parer à un danger prochain, même imminent. Quel est dans ces cas le meilleur mode d'administration de la quinine ? Quel est le moment propice pour cette administration ? Quelles sont les doses à prescrire ? Autant de questions que M. Dubergé discute avec soin, en clinicien qui ne cherche que la vérité. Ce serait, d'après lui, la véritable indication et le triomphe de l'injection sous-cutanée, seule méthode qui puisse assurer l'absorption rapide des sels de quinine. Et encore ne faut-il pas attendre de ce moyen une action directe contre l'accès présent, contre celui qui menace la vie du malade à l'instant même où on l'administre. Il faut plutôt lui demander une action préventive contre l'accès à venir, contre la subintrance, qui représente une des éventualités fréquentes et souvent mortelles du paludisme pernicieux. D'ailleurs, n'oublions pas que celui-ci se complique souvent d'un autre facteur, soit inhérent à l'organisme, soit reliquat de manifestations paludéennes antérieures (lésions médullaires, insolation, myocardite, lésions valvulaires, surmenage, etc.), toutes conditions qui compliquent le problème et rendent plus délicate l'appréciation du rôle dévolu à chacun de ces éléments étiologiques.

On pourrait encore trouver matière à de très intéressantes considérations dans le reste du petit livre de M. Dubergé. Par exemple, à propos du traitement des accès hémoglobinuriques, cette complication fréquente de l'intoxication malarienne, et de celui de l'anémie et de la cachexie consécutives, deux chapitres qui méritent une égale attention. A noter aussi le paragraphe où l'auteur, à propos du paludisme en chirurgie, formule des idées qui auraient fait tressaillir d'aise le regretté professeur Verneuil, où il soutient avec force la nécessité d'un traitement modificateur des accès palustres et de l'état général, comme préambule indispensable à tout essai d'intervention opératoire. En résumé, le Traité du paludisme est un livre pratique dont l'auteur s'est efforcé d'être clair et précis, en même temps que bien documenté sur tout ce qui se rapporte à son sujet. Pour abrégé qu'il soit, le médecin n'y trouvera pas moins ce qu'il lui importe de connaître et ce qui peut lui servir de guide dans la conduite à tenir vis-à-vis d'une maladie aussi grave dans ses effets que variée dans ses manifestations. P. Muselier.

LES LIVRES

Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les causeries de Bianchon, préface d'Henri Lavedan. Un volume in-12 de 380 pages, prix 4 fr.

Dans ce volume, Horace Bianchon, réunit ce qu'il a écrit de meilleur et de plus attrayant en ces trois dernières années.

Ce nouvel ouvrage de l'auteur de *Grands Médecins d'aujourd'hui* sera par excellence le livre de récréation et de repos des médecins. Le grand public y trouvera aussi de quoi s'instruire en s'amusant.

On trouvera dans cet ouvrage une série de portraits et de souvenirs où revient Charcot, Pasteur, Trélat, J. Ferry, Maupassant, le président Carnot, et le mystérieux hôte de Bournemouth : Cornélius Herz.

Sans compter quelques chroniques faites des conseils les plus lucides d'hygiène pratique, et quelques pages très littéraires de description pure : *En Savoie l'hiver*, *Sainte-Périne*, *Fleurs d'hiver*, *Une première au Point-du-Jour*, le lecteur y rencontrera toute une série de contes professionnels où le médecin psychologue et moraliste se donne libre carrière. Ecrites avec une grande délicatesse de touche, en dépit d'une certaine hardiesse dans le choix du sujet, ces nouvelles sont d'une saveur toute particulière.

Enfin le volume débute par une exquise préface d'Henri Lavedan, le jeune maître partout applaudi de *Prince d'Aurec* et de *Viveurs*.

En voilà plus qu'il n'en faut pour faire un gros succès au nouveau volume que nous mettons en vente.

Les ferments solubles diastases-enzymes, par Emile Bourquelot, docteur ès sciences, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie, pharmacien en chef de l'hôpital Laënnec. Un volume in-8° de 230 pages avec gravures : broché, 3 fr. 50 ; cartonné, 4 fr.

Ce volume est un résumé complet des connaissances acquises à l'heure actuelle sur les ferments solubles. L'auteur ne s'est pas contenté de rassembler les faits anciennement connus et d'emprunter à autrui la matière de son livre : il a fait véritablement

une œuvre originale, car certains chapitres sont presque entièrement le résultat de recherches personnelles.

Après avoir défini les ferments solubles, M. Bourquelot en donne une classification rationnelle, puis il en indique la classification chez les êtres vivants, la préparation, les caractères généraux et la composition chimique.

L'auteur expose ensuite longuement les réactions déterminées par les ferments solubles : puis il traite la question intéressante de l'individualité des ces ferments ; il montre que les récents travaux effectués sur ce sujet apportent un nouvel appoint à l'opinion qu'il a toujours soutenue, à savoir que : pour effectuer le dédoublement d'un hydrate de carbone, d'un glucoside ou d'un albuminoïde déterminé, il faut un ferment déterminé.

Les chapitres VI et VII traitent de l'influence des agents physiques et chimiques sur les ferments solubles et les fermentations qu'ils déterminent.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur tente de relier par une théorie générale les divers faits relatés dans son traité, en faisant toutefois remarquer que pas une seule des hypothèses émises pour expliquer l'action des ferments solubles n'est complètement satisfaisante.

Quoi qu'il en soit, le livre de M. Bourquelot vient combler une véritable lacune : aucun fait ancien n'est oublié, comme peut en témoigner la bibliographie de l'ouvrage ; et, de plus, les nombreuses recherches de l'auteur viennent éclairer une multitude de points importants restés jusque-là dans l'ombre. Nul du reste n'était plus autorisé à écrire ce livre que M. Bourquelot, dont les travaux sur les ferments et les fermentations n'ont pas peu contribué aux progrès d'une science qui a pris dans ces derniers temps une si grande importance.

Chez Félix Alcan.

Atlas d'Ostéologie, comprenant *les articulations des os et les insertions musculaires*, par Ch. Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-4° contenant 253 gravures en noir et en rouge, cartonné à l'anglaise, 12 francs.

Cet atlas est destiné aux étudiants en médecine, et d'abord aux jeunes gens qui, avant d'aborder les pavillons de dissection, doivent avoir appris *l'Ostéologie.*

Sur chaque dessin sont placées des légendes appelant l'attention sur les parties intéressantes des pièces anatomiques ; de sorte que l'étudiant, l'os à la main et l'atlas sous les yeux, est certain de ne laisser passer aucun des détails qu'il doit reconnaître : situation et étendue des faces, des bords, des extrémités, des tubérosités, des fossettes, des gouttières, etc., des os ; emplacement et insertion des muscles (indiqués en rouge), des tendons et des ligaments.

A ceux qui fréquentent déjà l'amphithéâtre, l'indication des insertions musculaires et la dispositions de quelques ligaments articulaires à compréhension ardue, leur permettront de rechercher avec plus de sûreté les attaches des muscles jusqu'à leur extrême limite.

Les figures de cet atlas ont été dessinées d'après nature ou d'après des photographies faites par l'auteur sur des pièces qu'il a préparées à cet effet. Beaucoup, parmi celles qui concernent le crâne, représentent des coupes qui mettent en évidence des points anatomiques difficiles à comprendre et même impossibles à voir sur le crâne qui n'a pas subi la section voulue.

M. Dehierre a groupé les figures pour permettre les comparaisons et la recherche des homologies. C'est ainsi qu'à côté du squelette de l'homme on voit le squelette anthropoïde ; en regard de la base du crâne de l'homme, celle du crâne d'un grand singe ; à côté de l'os hyoïde est représentée une anomalie rappelant l'appareil hyoïdien complet des animaux, etc. Les vues d'anatomie comparée et d'anthropologie sont très suggestives ; elles ouvrent les jeunes esprits aux idées générales, et leur montrent l'intérêt que présentent ces études à côté de leurs résultats pratiques.

Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies, par Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Société de médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. 1 vol. in-8°, 4 fr.

M. le professeur Berger a communiqué au dernier Congrès français de chirurgie cet important travail, résultat de ses observations recueillies pendant quatre années au bureau central des hôpitaux de Paris.

Cette statistique, la plus considérable de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, est le résultat d'observations absolument personnelles ; tous les malades ont été examinés par l'auteur lui-même, et il a tenu note de toutes les particularités que présentait chaque cas étudié.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, M. Berger examine la fréquence de la hernie dans les deux sexes ; dans la seconde, il étudie les relations de la hernie avec l'âge de ceux qui la portent ; la troisième renferme l'étude des conditions étiologiques qui ont une influence manifeste sur le développement des hernies ; enfin, dans la quatrième, l'auteur passe en revue les complications et accidents des hernies qui s'étaient antérieurement produits, ou qui existaient chez les malades soumis à son intervention.

La considération de ces documents l'amène ensuite à poser des conclusions sur les dangers auxquels exposent les hernies et sur les déductions que l'on peut en tirer au point de vue des indications de l'opération de la cure radicale. Enfin, il montre les dissidences qui existent entre ses résultats et ceux, souvent même contradictoires, de ses prédécesseurs, et en indique les raisons.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 23 AU 28 MARS 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Remy, Poirier, Schileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, André. — 2e Oral (1re partie) : MM. Fournier, Marchand, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Reynier, Ricard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Delbet, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Lejars, Tuffier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Straus, Widal.

Mardi 24 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Remy, Gley, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bar, Hartmann. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Charrin, Achard. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Raymond, Hutinel, Ménétrier. — 5e (2e partie, 2e série) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Joffroy, Maygrier, Bonnaire.

Mercredi 25 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Reynier, Poirier, Schileau. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Gaucher. — 4e : MM. Grancher, Pouchet, Netter.

Jeudi 26 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Le Dentu, Quénu, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Rémy, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Bar, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Berger, Maygrier, Poirier. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Chantemesse, Gilbert. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Laboulbène, Grancher, Roger. — 4e : MM. Pouchet, Letulle, Netter.

Vendredi 27 mars, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Schileau, Thiéry. — 2e Oral (1re partie) : MM. Straus, Retterer, Poirier. — 3e (2e partie), Charité : MM. Hayem, Widal, Thoinot. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Lejars, Broca. — 5e

(1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Reynier, Ricard, Walther. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Delbet, Varnier.

Samedi 28 mars, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Panas, Rémy, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Berger, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Laboulbène, Marfan, Widal. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Gilbert, Roger. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Quénu.

Thèses de doctorat

Mercredi 25 mars, à 1 heure. — *M. Thozon* : Revue des moyens et des médicaments employés contre les dyspepsies et les gastro-entérites des nourrissons. — *M. Larre* : Etude sur les complications dans les grossesses et accouchements gémellaires. — *M. Cocard* : Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches. Leur valeur relative. — *M. Laugier* : Des lésions du cordon ombilical et en particulier des lésions syphilitiques. — *M. Boignard* : Du traitement des plaies pénétrantes de poitrine. — *M. Béclu* : Du rôle et de l'importance des sels minéraux dans l'organisme. Thérapeutique minérale. — *M. L. Fournier* : Contribution à l'étude du traitement de l'obésité par le corps thyroïde. — *M. Chrétien* : Essai sur la fièvre des tuberculeux. Toxicité des crachats. Toxicité des urines. — *M. Beaufort* : Contribution à l'étude de l'embolie dans les cardiopathies infantiles acquises. — *M. Touche* : De l'emploi du bouton de Murphy dans le traitement de l'anus contre nature. — *M. Veuillot* : La neurasthénie et les états neurasthéniformes. Rôle de l'hérédité névropathique. — *M. Darin* : Rapports de l'alcoolisme et de la folie. — *M. Thibaud* : Quelques considérations médico-légales à l'occasion d'un rapprochement de faits judiciaires concernant les aliénés. — *M. Coulon* : Considérations sur la nature de la paralysie générale. (Encéphalite parenchymateuse.)

Jeudi 26 mars, à 1 heure. — *M. Perria* : Les mariages consanguins et leurs conséquences. — *M. Pupin* : Le neurône. Hypothèses histologiques sur son fonctionnement. Théorie histologique du sommeil. — *M. P. Bureau* : De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate. — *M. Roques* : Contribution à l'étude de l'ectropion non cicatriciel. Pathogénie, Traitement. — *M. Ruelle* : De l'albuminurie dans la grippe. — *M. Lombardini* : Contribution à l'étude clinique de l'oblitération de la veine cave inférieure. — *M. d'Alché* : Migraine ophtalmoplégique. (Paralysie oculo-motrice périodique.) — *M. Pinganaud* : Contribution à l'étude sur la sclérose amyotrophique.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Cours privés gratuits.

Dermatologie et syphiligraphie. — M. Gastou, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine, fera les jeudis et samedis (à partir du samedi 14 mars), à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier (salle Henri IV), des conférences théoriques et pratiques de dermatologie et de syphiligraphie.

Les réformes hospitalières.

Le rapport fait sur cette question par M. Emile Dubois vient d'être déposé et sera discuté au cours de la prochaine séance du Conseil municipal.

C'est, dit le rapporteur, la séparation des deux services hospitaliers : le service externe de la consultation et le service des salles qui souleva les plus violentes récriminations. Le corps médical se croyait dépouillé d'une partie de son domaine : il semblait aux anciens chefs qu'ils ne seraient plus chez eux.

Il n'y avait là qu'un malentendu : la 5e commission s'est attachée à le dissiper. Des chirurgiens des hôpitaux, les professeurs Terrier, Potain, Lucas-Championnière, Monod ont été entendus par elle, et la commission propose aujourd'hui les résolutions suivantes :

1° Les circonscriptions hospitalières seront maintenues. Toutefois, l'administration est invitée à modifier le tableau qu'on connaît de façon à mettre les délimitations de chaque section en rapport avec le chiffre de la population, les besoins et les conditions générales des quartiers et des arrondissements de Paris. Un projet de remaniement de circonscriptions devra être déposé dans le plus bref délai par l'administration ;

2° En ce qui concerne l'admission dans les hôpitaux, tout malade indigent ou nécessiteux qui désirera formellement être soigné par un médecin ou un chirurgien, en dehors de sa circonscription, pourra y être autorisé à la suite d'une demande adressée au directeur de l'Assistance publique soit par lui, soit par le médecin du bureau de bienfaisance qui l'aura examiné, soit par le médecin consultant de sa circonscription hospitalière ;

3° Au point de vue des consultations, les articles du règlement décidant, d'une part, que ce service est spécial et absolument distinct du service dans les salles, et, d'autre part, qu'il ne pourra être attaché à chaque hôpital qu'un seul médecin et qu'un seul chirurgien pour le service de la consultation seraient maintenus.

Pourtant les malades qui se présenteront pour demander un conseil sans réclamer l'hospitalisation pourront exceptionnellement recevoir des consultations dans un hôpital autre que celui de leur circonscription, à la condition qu'ils fassent valoir les motifs que l'administration de l'hôpital aura à apprécier.

Les médecins et chirurgiens auront la faculté de consulter dans leurs salles leurs anciens malades.

La commission estime, en outre, que les chefs des services devront être consultés à tour de rôle, en ce qui touche leur attribution sur la répartition des malades faite par le directeur de l'établissement.

Enfin, elle demande que le choix des assistants de consultation soit fait par le directeur de l'Assistance publique sur une liste double de candidats choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, liste que dresseront les chefs de service de chaque hôpital.

Troisième session du Congrès français de médecine.

La troisième session du Congrès français de médecine doit s'ouvrir à Nancy, le 6 août 1896, sous la présidence de M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les trois questions, mises à l'ordre du jour par le Congrès de Bordeaux et qui feront l'objet de rapports préalables, sont les suivantes :

1° Pronostic des albuminuries :

Rapporteurs : M. le Dr Talamon, médecin des hôpitaux de Paris ; M. le Dr Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

2° Coagulations sanguines intra-vasculaires :

Rapporteurs : M. le Dr Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ;

M. le Dr Vaquez, médecin des hôpitaux de Paris ;

3° Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies :

Rapporteurs : M. le Dr Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ;

M. le Dr Haushalter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (Dr Paul Simon, 15, rue de la Ravinelle, Nancy).

Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (Dr Stoeber, 66, rue Stanislas, Nancy).

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

NOTES POUR L'INTERNAT

CIRCULATION RÉNALE

(*Anatomie et physiologie.*)

(*Suite et fin.*)

II. Système capillaire.

Résulte de la résolution des vaisseaux post-glomérulaires. Capillarisation jetée sur : *a) tubuli contorti* ; *b) pyramides de Ferrein* (extrémités supérieures des tubes de Bellini) ; *c) colonnes de Ber-*

tin (portions ascendantes et descendantes des tubes de Henlé) et même *d) tubes droits de Bellini*, puisque la vascularisation de ces tubes appartient encore au vaisseau post-glomérulaire.

III. Système veineux.

Passer assez rapidement. Même trajet que pour le système artériel,à cette différence près qu'il est nécessaire de citer: étoiles de Verheyen, et de dire que la voûte veineuse sus-pyramidale reçoit affluents et par sa convexité et par sa concavité.

Convergence de ces veinules vers le bassinet pour former la veine rénale. La conduire tout droit dans la veine cave inférieure en ne citant que ses rapports avec la spermatique ou l'utéro-ovarienne, et l'aorte pour la veine rénale gauche.

Rappeler brièvement la *structure* (sphincter musculaire sur le vaisseau post-glomérulaire) analogue à celui de Oddi (canal cholédoque) et les *anomalies* possibles (double hile, doubles vaisseaux, vaisseaux uniques et double uretère, émergence vasculaire par la face antérieure du postérieur, etc., et arriver aux :

IV. Anastomoses.

Chapitre très important :

Pour les comprendre, s'appuyer sur l'*embryologie*, mais surtout sur l'*anatomie comparée*. Poissons, reptiles, oiseaux, batraciens possédant deux systèmes veineux porte: un hépatique, un rénal, ce dernier formé aux dépens des veines des organes génitaux, du cloaque, des poches aériennes, de la vessie natatoire. L'homme n'a, lui, qu'un système veineux porte hépatique, mais du souvenir ancestral de son origine *évolutionnelle*, naîtra la convergence anastomotique des veines, des lombes et du petit bassin vers l'organe rénal. Ne pas insister, par conséquent, sur les anastomoses artérielles qui existent pourtant, mais décrire de suite les deux carrefours veineux : *a*) carrefour exo-rénal (sur le bord connexe du rein); *b*) carrefour capsulaire (capsule celluloadipeuse), tous deux traits d'union entre la circulation veineuse intra-rénale, et la circulation veineuse extra-rénale, cette dernière reliée aux :

A. Système porte.

Par intermédiaire des veines côliques, veines urétériques, spermatiques ou utéro-ovariennes, hémorrhoïdales (Jacobson).

B. Système cave inférieur.

Par intermédiaire des deux capsulaires et surtout les ilio-lombaires et les lombaires.

C. Système cave supérieur.

Par le tronc réno-azygo-lombaire de Lejars concourant à la formation du tronc azygo.

Grâce à ces anastomoses, suppléance rapide en cas d'oblitération de la veine et, peut-être, explication pathogénique de la névralgie lombaire au cours de certaines affections rénales par dilatation des venæ nervorum (Tuffier et Lejars).

V. Système lymphatique (Ludwig et Zawarikin).

a) Lymphatiques *superficiels* rampant sous la capsule fibreuse.

b) Lymphatiques *profonds*, s'accolant aux vaisseaux sanguins et convergeant vers le sinus, pour se jeter dans les ganglions lombaires.

A noter que lacunes lymphatiques entourent les tuhuli contorti, disposition dont s'était servi Ludwig pour étayer sa théorie de filtration totale au niveau du glomérule et de reprise endosmotique lymphatique des principes utiles (alhumine).

VI. Physiologie.

1° Système artériel.

Le sang de l'artère rénale a une pression moyenne de 18/100° d'atmosphère ou de 13 millimètres de mercure. C'est cette pression qui régit le phénomène de filtration rénale; en faire la physiologie, c'est esquisser les causes qui augmentent ou diminuent cette pression (Sebileau).

A. Causes d'augmentation (polyurie).

1° *Voie directe* :

a) Injection vasculaire veineuse par contre-coup sur le système artériel (sérum artificiel).

b) Ligature de la veine rénale.

c) Ligature de l'aorte au-dessous de la rénale.

d) Embolies expérimentales au niveau des artérioles rénales (fluxions compensatrices).

e) Excitation du cœur (digitale, caféine, strophantus, spartéine).

2° *Voie indirecte par système nerveux.*

a) Section du plexus rénal.

b) Section du grand splanchnique.

c) Section de la moelle épinière.

d) Excitation du bulbe au niveau du centre polyurique.

Il y a vaso-dilatation dans ces 4 cas, mais plus intense dans *a* et *d* que dans *b* et *c*, puisque *a* et *d* n'agissent exclusivement que sur le rein.

B. Causes de diminution (dysurie, alhuminurie).

1° *Voie directe* :

a) Saignée abondante.

b) Ligature de l'uretère (pression par accumulation urinaire).

c) Ligature de l'artère.

d) Cautérisations à la surface du rein (réflexes de constriction).

e) Ralentissement du cœur (myocardite, dilatation, asystolie).

2° *Voie indirecte par système nerveux :*

a) Excitation directe du plexus rénal (pneumogastrique et sympathique).

b) Paralysie des nerfs des territoires éloignés.

c) Excitation de la moelle.

d) Troubles hulbaires. Vastes hrûlures périphériques. Intoxication par l'oxyde de carbone et la strichnine. Retentissement sur le bulbe (probablement un centre dysurique ou anurique à côté d'un centre polyurique).

2° Système glomérulaire.

Préside à la fonction de filtration. Admirablement placé, comme le fait remarquer Duval, entre la pression d'origine du cône artériel et le système capillaire pour remplir son rôle.

3° Système capillaire.

A pour but de veiller aux échanges nutritifs aussi hien dans le parenchyme que dans l'écorce.

4° Système veineux.

Lié au système artériel, contre-coup, balancement réciproque de l'un à l'autre. Mais peut-être hien aurait-elle un rôle actif, cette veine rénale, et se conduirait-elle comme vaisseau afférent à ses heures ?

A l'appui, citer les faits rappelés par Sebileau :

1° Expérience de Claude Bernard : du prussiate de potasse, injecté dans l'estomac d'un chien est éliminé directement par le rein sans passer par le torrent circulatoire.

Voie conductrice a donc été veine rénale par l'intermédiaire de la veine porte.

2° Présence de fibres musculaires lisses s'étendant, chez le cheval, tout le long de la veine cave inférieure, de l'oreillette jusqu'à la veine rénale et favorisant ainsi une circulation de retour, afférente pour la veine rénale.

3° Mémoire de Robin, faisant remarquer que chez les animaux à système veineux porte rénal, le canal thoracique se jette dans la veine cave inférieure, tandis que, chez l'homme, il se jette dans la veine sous-clavière.

Conclure donc, quoique avec restrictions, à la légitimité de la possibilité du rôle actif de la veine rénale, surtout aux heures de la digestion.

Ath. S.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 13 28 Mars 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 28, rue Vignon.

AVIS. — MM. les actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont prévenus que l'assemblée générale annuelle aura lieu, au siège social, le samedi 28 mars, à 5 heures 1/2. Le présent avis, aux termes des statuts, doit tenir lieu de lettre de convocation.*

A partir du 1er avril, les bureaux de la **Gazette Médicale** *seront transférés 21, rue du Général-Foy.*

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite.)

VARIÉTÉS DE CONFLUENCE

Au point de vue de la confluence, l'éruption herpétique comporte tous les degrés possibles. Citons seulement ici les degrés extrêmes et opposés, entre lesquels peuvent prendre place tous les intermédiaires imaginables.

Ces deux extrêmes sont :

L'herpès discret ;

L'herpès confluent.

1° L'herpès discret est celui qui se limite à quelques vésicules, soit réunies en groupe, soit disséminées.

Sous cette forme, il constitue une petite lésion sans importance, curieuse simplement, négligée le plus souvent par les malades, passant même inaperçue d'un certain nombre.

C'est ainsi qu'on voit assez fréquemment une éruption herpétique s'atténuer à ce point comme intensité qu'elle consiste simplement en 3 ou 4 petites vésicules, dégénérant rapidement, soit en croûtelles, soit en érosions miliaires, qui disparaissent d'elles-mêmes en l'espace de quelques jours.

Il y a plus même. C'est qu'il n'est pas absolument rare (surtout dans les cas d'herpès constitutionnel, à répétition) de voir une poussée éruptive d'herpès se réduire à une vésicule unique. C'est une vésicule isolée qui constitue toute l'éruption !

J'ai bien observé pour ma part, déjà, une vingtaine de cas de ce genre à vésicule isolée, constituant la variété dite d'herpès solitaire.

2° Extrême opposé : Herpès confluent.

Cette variété comporte deux degrés :

Confluence moyenne :

Confluence excessive, extraordinaire.

Dans le premier, l'herpès est déjà remarquable par l'étendue du territoire qu'affecte l'éruption et par le nombre de ses vésicules.

C'est ainsi qu'en certains cas, on le voit couvrir toute une région, par exemple :

Border toute une lèvre de la bouche ; voire faire le tour de la bouche (herpès buccal orbiculaire) ;

Couvrir une partie de la bouche : couvrir toute une paupière ; tout le pavillon de l'oreille ; occuper circulairement toute la rainure du gland et se répandre encore sur le prépuce et le gland ;

Occuper une ou les deux grandes lèvres, une partie de la vulve, etc.

C'est là une étendue qui dépasse de beaucoup la moyenne habituelle de l'herpès ordinaire, de l'herpès typique que j'ai décrit jusqu'ici.

A cette confluence de l'éruption correspond nécessairement un état d'hypérémie locale proportionnelle. Les parties occupées par ces herpès confluents sont le siège d'une inflammation plus ou moins intense ; elles se présentent rouges, chaudes, turgescentes, œdémateuses (surtout dans les régions à tissu cellulaire un peu lâche), et toujours très douloureuses, soit spontanément, soit au toucher.

Parfois même cet état inflammatoire local retentit sur l'organisme et détermine un léger état fébrile, avec les troubles sympathiques usuels qui accompagnent toute fièvre.

Mais tout cela n'est rien encore relativement aux phénomènes qui caractérisent un second degré possible de l'herpès confluent.

Il est des cas où l'herpès prend une confluence vraiment excessive, extraordinaire. Cela ne s'observe guère que dans la localisation génitale de l'herpès, et spécialement chez la femme.

Dans les cas de cet ordre, l'éruption herpétique ne se fait plus seulement sur un point, elle se fait sur une région, sur toute une région, voire sur plusieurs régions voisines.

C'est ainsi que chez l'homme (comme dans le cas que nous présentait récemment M. Druartet), des herpès de cet ordre peuvent affecter à la fois : le fourreau, prépuce (sur la face cutanée et muqueuse). gland, rainure, méat. fosse naviculaire.

C'est ainsi que l'éruption peut affecter :

Toute la vulve, d'abord (grandes lèvres, petites lèvres. entrée du vagin, clitoris);

La région génito-crurale;

Le périnée, la région interfessière, marge de l'anus:

Quelquefois même des irradiations sur le pubis et la cuisse.

Dans ces cas, l'éruption crible littéralement toutes ces régions de vésicules innombrables, qu'il n'est pas exagéré d'évaluer à 2-3 centaines.

Cette confluence insitée de l'herpès, cette confluence si extraordinaire pour quelques cas, va nous présenter la maladie sous une allure toute particulière, avec une physionomie tout à fait imprévue et dont rien ne peut donner l'idée à qui n'a pas encore été témoin de faits semblables.

Nous n'étions habitués jusqu'ici qu'à voir dans l'herpès une lésion circonscrite, localisée, bénigne d'aspect, descendant quelquefois aux proportions d'une misère. d'un véritable bobo. Le voici maintenant sous une apparence sérieuse, sous un aspect presque grave.

Etudions-le donc sous cette forme nouvelle, et cela avec d'autant plus de soin que, en dehors de son intérêt clinique. cette forme comporte un intérêt médico-légal de la plus haute importance. Plus d'une fois, en effet, elle a été confondue avec des lésions vénériennes, notamment avec des lésions syphilitiques; plus d'une fois, elle a servi de base à des accusations d'attentats criminels, de contamination criminelle, etc.

L'herpès génital confluent, l'herpès « monstre » (comme nous l'appelons quelquefois familièrement entre nous), n'est rien autre, au total, que l'herpès vulgaire étendu à une ou plusieurs régions, sur une étendue considérable des téguments cutanés et muqueux.

C'est dire qu'il est constitué par une nappe éruptive très ample, très étendue, sur laquelle se fait originairement une éclosion extraordinairement multiple de vésicules, suivie, à bref délai, de la formation d'un nombre équivalent d'érosions.

L'éruption vésiculeuse, qui constitue le premier stade, ici comme ailleurs, est profuse, considérable, énorme. A ne parler que de ce qui se passe chez la femme, sur laquelle presque exclusivement s'observe cette forme de l'herpès monstre, cette éruption est véritablement innombrable. Elle s'accuse. sans exagération. par une centaine, voire par plusieurs centaines de vésicules qui, littéralement, criblent la vulve, la région péri-vulvaire, la rainure interfessière, le périnée, etc.

Disposées en groupes confluents plus ou moins rapprochés, ces vésicules subissent forcément le phénomène de la coalescence. Elles se fusionnent, en formant des lésions plus grosses. en 8 de chiffre, en trèfle, en rosette, etc., à contours festonnés. Quelquefois, et toujours par voie de fusion, elles aboutissent à former des ampoules volumineuses, de véritables phlyctènes, d'aspect bulleux ou pemphigoïde. Elles peuvent atteindre ainsi, comme aire de base, l'étendue d'une pièce de 50 centimes, voire d'un franc. Bruneau en a vu plusieurs fois qui, sous forme elliptique, mesuraient 3 centimètres de long sur 1 c. 1/2 de large : c'était à croire, dit-il, qu'on avait appliqué sur les parties un petit vésicatoire. (Thèse, 1880.)

Après quelques jours et très rapidement, quelquefois dans l'espace d'une nuit, ces vésicules se crèvent. Leur carapace épidermique ou épithéliale s'affaisse alors sur le derme et forme à sa surface une sorte de revêtement pseudo-membraneux, à la façon de l'ampoule du vésicatoire qui, crevée, s'affaisse sur la surface vésiquée. On trouve alors la région affectée d'herpès recouverte d'une sorte de pellicule blanchâtre (et devenue telle par imbibition), plissée, comme chiffonnée (Bruneau). Ces placards pseudo-membraneux, proportionnels comme étendue aux ampoules vésiculeuses dont ils dérivent, sont plus ou moins considérables; on en a vu mesurer jusqu'à 4 et 5 centimètres de long, sur plus d'un centimètre de large.

C'est à l'étape couenneuse de l'affection, rappelant assez bien la période similaire de l'angine herpétique, dite, en raison de son apparence objective, angine couenneuse,

Puis, cette carapace des vésicules, qui n'est que de l'épithélium mort, se désagrège, se détruit et disparaît, en laissant à nu le derme sous-jacent. Mais, comme elle se désagrège et se détruit presque toujours du centre à la circonférence, il arrive presque invariablement que son segment périphérique persiste un certain temps au delà de l'époque où le centre de la lésion se découvre; en sorte que l'érosion centrale, constituée par la disparition de son revêtement épithélial, se présente pour un temps bordée, encadrée littéralement, par une frange, une collerette périphérique d'épiderme ou d'épithélium macéré, blanchâtre.

A cette époque, l'aspect de la lésion est tout à fait caractéristique, en raison même de ce mélange, de cette association d'éléments disparates : d'une part, des érosions; d'autre part, des débris circonférenciels de lambeaux pseudo-membraneux.

Finalement, vient une époque où presque tous ces débris, ces vestiges de l'élément vésiculeux originel, ont disparu et où la lésion n'est plus constituée que par un semis confluent d'érosions herpétiques.

Que sont ces érosions ? Ce qu'elles peuvent être, en leur qualité d'érosions herpétiques, ce qu'elles sont partout ailleurs, avec les seules différences que leur imprime nécessairement leur confluence extraordinaire.

Ce sont donc, d'abord, des érosions extraordinairement multiples. criblant la vulve et les régions vulvaires; mais ce sont, ensuite et surtout, des érosions beaucoup plus larges, beaucoup plus importantes, comme lésions, que ne le sont les érosions herpétiques communes.

Il en est bien encore quelques-nnes qui, isolées, aberrantes, se présentent avec la ténuité usuelle de l'érosion herpétique. Mais presque toutes, par coalescence, sont devenues larges, amples, étendues. La plupart se présentent avec la dimension d'une amande, d'un haricot, d'une pièce de 50 centimes : quelques-unes sont bien plus considérables : quelques-unes sont parfois monstrueuses. On en voit qni mesurent toute la hauteur d'une petite lèvre, voire d'une grande lèvre : qui couvrent tout le pli génito-crural. qui s'étalent sur la face extérieure des lèvres et la cuisse avec des diamètres de 4, 5. 6, 8 centimètres de haut sur 4. 5, 6 centimètres de large, c'est-à-dire qu'ils constituent des dénudations épidermiques comparables à un petit vésicatoire. Qui reconnaîtrait l'herpès sous cette forme et avec de telles dimensions ?

Et cependant, la qualité herpétique de ces grande érosions, quand on y regarde de près, s'atteste encore fréquemment par le grand signe sur lequel j'ai tant insisté déjà près de vous, à savoir par le contour sinueux, irrégulier, festonné, géographique de ces lésions, et, plus encore, par l'existence, au niveau du contour, de quelques petits segments de circonférence, derniers vestiges de l'origine polyvésiculaire de l'affection.

Bien que très confluentes et plus étendues, ces érosions herpétiques n'en conservent pas moins les caractères constitutifs de l'affection dont elles relèvent, c'est-à-dire qu'elles restent superficielles, plates, qu'elles ne tendent pas à creuser, à s'excaver. Ce sont de grandes érosions herpétiques et voilà tout. Comme couleur, elles conservent aussi généralement la teinte usuelle de l'herpès. Elles sont presque toujours rouges et d'un rouge vif, purpurin. Parfois, cependant, on les a vues légèrement jaunâtres, jaune rosé, etc.

En tout cas, l'éruption herpétique s'accompagne toujours, sous cette forme, d'un groupe de symptômes qui ne saurait ici faire défaut, étant données la confluence et l'importance de la lésion.

Ces symptômes sont très naturellement ceux d'une réaction locale et générale plus ou moins accentuée.

1° Localement, l'herpès confluent génital ne laisse jamais de s'accompagner de tous symptômes d'une violente hypérémie, qui se caractérise de la façon suivante :

a) Rougeur en nappe couvrant toute la vulve et les régions péri-vulvaires, se prolongeant sous forme de deux bandes parallèles dans le sillon interfessier jusqu'à l'anus, etc., et rougeur, vive, sombre, scarlatinoïde, érysipélateuse.

b) Rugescences inflammatoires de toute la région : gonflement plus ou moins considérable des grandes lèvres, des petites lèvres, du clitoris, etc. Assez souvent les petites lèvres, fortement œdémateuses, doublées ou triplées de volume, entortionnées sur elles-mêmes, forment de véritables boudins qui proéminent hors de la vulve.

c) Suintement séro-purulent, suintement considérable, provenant à la fois et des vésicules crevées et des érosions post-vésiculaires, et des surfaces de voisinage érodées consécutivement par inflammation.

d) Et surtout, phénomènes de douleurs locales très accentuées, très intenses, à savoir :

Prurit continu, avec besoin incoercible de grattage : ardeur locale, cuisson locale extrêmement vive, brûlure, sensation de « feu à la matrice », suivant l'expression des malades : endolorissement aigu et hyperesthésie considérable de toute la région malade.

En outre, élancements intermittents ; quelquefois avec irradiation vers les lombes, les fesses, les cuisses.

Quelquefois aussi phénomènes de ténesme vésical. avec cuisson brûlante au passage : de ténesme rectal ; d'hyperesthésie utéro-ovarienne (1), etc.

De là, comme conséquences, impossibilité de la marche, en raison des douleurs qu'exacerbent les mouvements, les frottements : impossibilité de la station. Le repos au lit est même mal toléré, en raison de la chaleur qui exagère la cuisson. Aussi bien les malades affectées de la sorte sont-elles dans un état de souffrance continue, d'agacement, d'énervement que rien ne peut calmer, d'éréthisme et d'angoisse excessives. Elles ne cessent de se plaindre, de s'agiter, de changer péniblement de place dans leur lit, de s'appliquer sur le ventre des compresses d'eau froide qui seules les soulagent pour un instant. Bref, elles souffrent cruellement, et, pour quelques jours, leur situation est vraiment des plus pénibles.

De là, aussi, troubles généraux, qui quelquefois préludent à l'éruption, mais qui plus souvent apparaissent en même temps qu'elle, pour durer quelques jours. A savoir :

Fièvre moyenne, quelquefois précédée de frissons : température à 38, 39°.

Malaise général, courbature, céphalalgie.

Inappétence, état saburral, parfois troubles gastriques, nausées, constipation constante.

Et, surtout, troubles nerveux : état d'agacement, d'excitation, d'énervement, comme disent les malades ; insomnie presque absolue pendant les premières nuits, etc.

En un mot, donc, troubles réactionnels, en relation avec l'importance de la lésion locale ; et, au total, de par cet ensemble de phénomènes locaux et de symptômes généraux, affection s'élevant au rang d'une maladie véritable et importante.

Importante, oui, mais d'apparence seulement, et n'offrant rien de sérieux comme fond. Car tous ces phénomènes, ne vous y trompez pas, ne sont qu'un feu de paille, si vous me passez l'expression ; qu'un feu de paille faisant grand fracas, mais destiné à tomber promptement, sans rien laisser de grave après lui.

« On croirait à une maladie sérieuse là où n'existe qu'un trouble pathologique momentané » (Bruneau).

Laissez, en effet, s'écouler quelques jours, en opposant à ces phénomènes le simple traitement hygiénique et sédatif dont je parlerai dans un instant, et toute cette éruption, tous ces phénomènes inflammatoires locaux, tous ces troubles réactionnels et sympathiques, vont s'atténuer, s'amoindrir et disparaître.

N'oubliez pas que nous avons affaire ici à une affection cyclique, assujettie à une évolution déterminée, n'ayant qu'un temps et destinée fatalement à une rémission hâtive de ses phénomènes aigus.

Aussi, telle intensité que revête cet herpès confluent, le voit-on après un certain nombre de jours (précisons, après 5, 6, 8 jours d'état aigu), s'amender comme par enchantement. Avec la vésiculation terminée, déjà l'éré-

(1) Périmétrite. (Bruneau, Thèse, p. 41.)

thisme local commence à se calmer, si peu qu'un traitement convenable intervienne; les croûtes se forment sur les régions cutanées: les érosions se limitent et tendent à une réparation rapide. Les phénomènes inflammatoires périphériques s'atténuent; bref, dans l'espace de 8 à 12 jours, tout cet ensemble menaçant s'apaise, et la guérison se confirme à bref délai, à la façon de ce qu'on voit se produire dans les fièvres éruptives ou les pseudo-exanthèmes.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La Thérapeutique de Fr. Delehoe dit Sylvius (1614-1672)

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Garder des ennemis autour de sa tombe n'est pas gloire médiocre pour un homme de science. Une exaspération qui s'acharne après un cadavre est soulevée par des qualités qui marquent d'un relief exceptionnel celui qui n'est plus.

Présomptueux, menteur, fou, Sylvius mort continua d'être tout cela et bien autre chose encore. Le vocabulaire des épithètes malsonnantes se vida sur sa mémoire.

Les gros mots ont été inventés pour écraser le succès et quelle garantie de succès que l'originalité! Sylvius non seulement prétendait apprendre quelque chose à ses contemporains, il poussait l'outrecuidance jusqu'à tirer ce qu'il enseignait de son propre fond. Il mettait en circulation des idées neuves et les idées, c'est comme l'argent. Pour être admises, il faut qu'elles aient cours. Ce n'est que par l'usage qu'elles s'imposent. Monnaie répandue, elles s'échangent contre monnaie pareillement usée.

Vieux écus, tours de pensée familiers sont marchandise qu'acceptent avec allégresse la bourse ou l'esprit. Pas besoin de contrôle ou de réflexion pour se les approprier. Cela se passe de main à main, de cerveau à cerveau, sans fatigue. Effigie de la pièce, forme de l'idée, on est habitué à elles; elles se présentent sous un air de connaissance qui supprime les hésitations d'une première entrevue. Très malséant serait-il de les accueillir avec méfiance.

Malheureusement Sylvius n'était pas de ceux qu'une prudence bien avisée retient dans le sillon que piétine la coutume. Confondre l'ornière avec la grande route, la nature humaine s'autorise d'un semblable oubli. Ne pas lui rappeler qu'elle s'abuse est d'un sage. Le plus simple est de partager ses illusions. Le grand nombre patauge; mieux vaut patauger avec le grand nombre. On chevauche une haridelle, mais la haridelle devient palefroi quand chacun monte sa haridelle. A cette dénomination de parade l'amour-propre trouve son compte. Et chacun de se congratuler sur l'élégance de sa monture.

Sylvius ne félicita personne. De là, première antipathie. Il enfourcha une bête de sang et galopa par l'inconnu. Haines, cris se déchaînèrent sur son passage.

Qu'il se moquât absolument des clameurs hostiles, le pli qui sur ses portraits abaisse ses lèvres ne l'établit pas en toute certitude. La figure est d'un homme qui a souffert. Elle témoigne d'une loyauté blessée aux soupçons des âmes basses. En face des gens que courbait la tutelle des opinions et sentiments accrédités, un esprit indépendant comme celui de Sylvius était condamné fatalement à se replier sur soi. De là cette expression d'amertume dédaigneuse qui est la caractéristique de sa physionomie.

Comment, en effet, eût-il été applaudi de ses collègues, cet homme que les succès de la clientèle ne détournaient pas d'une contemplation passionnée où lui apparaissait la solution des mystères biologiques? Physiologie, pathologie, il en pressentait les lois et si son imagination l'égara parfois au delà du réel, il n'en faut accuser que son effort persévérant à l'atteindre. Etre obsédé par un but expose à le dépasser. Un élan de plusieurs années de méditation n'est pas toujours arrêté à point. On ne domine pas complètement une impulsion énergique et celle-ci vous mène à l'occasion plus loin qu'il n'eût été désirable.

Une science qui se borne à l'enregistrement d'un fait matériel, telle que l'anatomie, n'enferme pas semblable inconvénient. La discussion ne commence qu'avec l'interprétation et on ne discute pas une découverte anatomique : on la constate.

La description que Sylvius nous a léguée de l'os lenticulaire, des sinus de la dure-mère, de l'aqueduc qui porte son nom, tous ces travaux d'ordre peu complexe et directement vérifiables n'ont prêté à aucune controverse.

Il n'en est pas de même du restant de l'œuvre. Elle a été combattue avec fureur : car la prescience du génie en élargissait les conclusions.

II

Encore si notre homme se fût contenté de propager la théorie de Harvey sur la circulation du sang, peut être lui eût-on pardonné. La découverte n'était pas de lui : vulgariser une idée attire moins de rancunes que de la créer.

Seulement Sylvius ne s'attarda pas à répéter les expériences du médecin anglais. Il avait hâte de penser par lui. Ses vues sur la physiologie sont resplendissantes d'une clarté qui pénètre au fond du phénomène étudié. A deux siècles de distance, il se montra le précurseur de Brown-Séquard.

Il devina la sécrétion interne des organes. Les capsules surrénales et le corps thyroïde — glandes rénale et trachéale de son temps — étaient, selon lui, destinées à produire une humeur particulière qui se mêle au sang. De même le thymus et la rate.

La dissociation des diverses sensibilités a été nettement spécifiée par Sylvius. Il distingue la sensibilité tactile de la sensibilité à la chaleur et démontre leur existence indépendante, la première restant normale quand la seconde est pervertie et inversement.

Et la bile, jusque-là considérée comme liquide excrémentiel, Sylvius ne lui a-t-il pas conféré les honneurs d'un rôle plus justifié quand il en faisait une substance devant servir à de grandes et nécessaires fonctions, c'est-à-dire à séparer « le chyle utile à la nutrition d'avec les autres parties des aliments grossiers et inutiles à cette même fin. »

C'est comme professeur à Leyde que Sylvius enseignait ces idées subversives. Il les enseignait, qui pis est, au lit des malades dans la première clinique qu'un maître ait songé à instituer pour l'instruction des élèves. Dire du nouveau, faire du nouveau, en vérité, c'est trop pour un homme. On ne bouscule pas la tradition avec un tel sans-gêne.

Continuant tranquillement son cours, notre professeur définissait la digestion comme une fermentation à laquelle concourent l'acidité de la salive et du suc pancréatique et, d'autre part, l'alcalinité de la bile. Alimentées par les produits de la digestion, les humeurs passent dans le sang où elles produisent la fermentation vitale.

La vie est un phénomène chimique, la maladie résulte des déviations du chimisme normal.

C'est l'âcreté qui est cause de toutes les maladies, âcreté acide

on alcaline. On l'observe dans toutes les humeurs : hile, sue pancréatique, lymphe.

Rendue âcre par une mauvaise alimentation ou la viciation de l'air, la hile s'épaissit et occasionne des obstructions, auquel cas l'âcreté est acide ou bien la hile excite la chaleur fébrile, ce qui témoigne de son âcreté alcaline.

Toutes les fièvres aiguës et continues sont la conséquence de cette âcreté dans la bile : de même l'ictère qui résulte encore du mélange vicieux de la hile et du sang.

Les altérations du suc pancréatique constituent une autre cause de maladie : son âcreté acide cause les fièvres intermittentes, l'hypochondrie, l'hystérie, les spasmes, les convulsions, la goutte. Les douleurs arthritiques sont dues à l'acide âcre dépouillé de l'huile qui le dulcifie.

Quant à l'effervescence possible du suc pancréatique avec la hile, elle est accusée de produire l'épilepsie.

Aussi chargés apparaissent les méfaits de la lymphe. A son âcreté acide succèdent la petite vérole, la syphilis, la gale, les hydropisies. Le mélange de l'acide coagulant de la lymphe et du suc pancréatique forme les calculs vésicaux.

Dans les maladies imputables aux âcretés alcalines, on range les fièvres malignes dont d'autres conditions, telles que la trop grande ténuité du sang et le manque d'air vital favorisent encore l'apparition. Les maladies nerveuses résultent parfois d'âcretés alcalines, mais le plus souvent le vice des humeurs qui les provoque est acide.

Hypothèses sans doute que ces explications pathogéniques, mais hypothèses confirmées en partie par les progrès de la science moderne. Et à côté d'elles, que de trouvailles cliniques ! Sylvius entrevoit la nature de l'infection purulente et de l'endocardite ulcéreuse. Il attribue l'issue fatale de ces maladies à l'altération du sang qui retourne dans la circulation, corrompt tout le reste et le rend impropre à la nutrition. L'urémie est accusée dans la cachexie qui suit l'insuffisance de la sécrétion urinaire et la stagnation de l'urine dans le sang.

Ceux qui s'indignaient à pareilles doctrines s'effaraient naturellement à la thérapeutique qui en découlait.

La médication acidule convenait aux âcretés alcalines, la médication alcaline réussissant dans les âcretés acides. Seulement, clinicien avant tout, Sylvius n'hésitait pas à corriger dans sa pratique ce que cette règle comportait d'exclusivisme trop absolu. Ainsi, comme le fait observer son historien Gubler, il opposait aux diurétiques acides non pas les inévitables alcalins, mais les diurétiques aromatiques plus efficaces contre les hydropisies. Un résultat de cette application de la chimie à la physiologie fut la réhabilitation des sources thermales et minérales. Négligées depuis l'antiquité, elles reconquirent leur ancienne vogue. Entrer en conflit avec les dogmes de la thérapeutique galénique devenait, d'autre part, une conséquence obligée. L'opium est un agent froid qui épaissit les humeurs. Pas d'incrédule qui osât douter de cette assertion. Comprend-on l'audace de Sylvius, audace déjà risquée par van Helmont ? Tous deux accordent à cet agent des propriétés échauffantes, fortifiantes et contraires à l'effervescence de la hile.

Sylvius prescrit l'opium dans les fièvres malignes, les fièvres intermittentes, dans l'hystérie, le prurit, la toux. Il l'unit à la rhubarhe dans la dysenterie, à la poudre d'yeux d'écrevisse quand il s'agit de combattre l'acidité du suc pancréatique.

Voici une formule qui conviendra aux fièvres intermittentes : eau de persil, de fenouil, une once ; eau thériacale simple, une demi-once (l'eau thériacale est une préparation de Sylvius consistant en une dissolution de une once de thériaque dans une demi-livre d'esprit-de-vin rectifié), antimoine diaphorétique, quinze grains ; landanum opiacé, dix grains ; poudre d'yeux d'écrevisse, un scrupule ; sirop des cinq racines, une once, à hoire par cuillerées.

De même que l'opium, les purgatifs empêchent l'effervescence de la hile. La crème de tartre (une drachme) associée à la pulpe de tamarin rendra des services.

En face d'une hémorrhagie, l'ordonnance qui suit sera employée avec avantage : eau de plantain. de cinnamome, un demi-qnart ; sang dragon, une obole ; sirop de myrtilles, une once.

Partisan des sels volatils, notre professeur leur accorde la triple action de favoriser les sécrétions, provoquer l'écoulement menstruel, stimuler les esprits vitaux.

Partout Sylvius apporte le souci d'une thérapeutique basée sur la connaissance des fonctions. Que l'état rudimentaire de la physiologie et de la chimie ait parfois fait obstacle à ses efforts, qu'importe ? Il cherchait à comprendre, et parce qu'aucune difficulté ne le rebutait, la tâche non plus ne lui fut constamment ingrate. La vérité lui sourit plus d'une fois à travers les hypothèses où il s'évertuait à l'enserrer.

III

Une des conditions primordiales qui assurent le succès d'une doctrine est sa simplicité. Très complexe apparaissait celle de Sylvius ; proche parente des théories chères à Paracelse et à van Helmont, à l'instar de celles-ci, elle ameutait contre elle les intelligences en goût de précision facile. Et puis, l'imagination y tenait trop de place pour ne pas donner prise à la critique.

Survinrent les nouvelles découvertes de la physique. On se hâta de les appliquer à la médecine. Les phénomènes vivants devinrent les rouages d'une machine qui obéissait aux lois de l'hydraulique et de la statique. Les idées chémiatriques de Sylvius furent combattues par l'école iatro-mécanique dont Borelli, Bellini, Baglivi, Boerhaave constituèrent les plus illustres représentants.

Les mouvements des membres furent expliqués par la théorie des leviers ; on calcula la résistance que le muscle oppose à l'os ; on fit dériver l'abondance des sécrétions du diamètre des vaisseaux.

Sans doute, cette manière d'envisager les phénomènes biologiques en éclaira assez vivement quelques détails. Etant donnée une contraction musculaire ou une sécrétion, on établit certaines de leurs conditions de production. N'empêche que la cause intime de la contraction musculaire ou de la sécrétion n'avait rien à faire avec un théorème de physique. Sylvius la plaçait dans l'intégrité des humeurs et la postérité lui donna raison. Un corps vivant n'est pas un mannequin qui se désarticule par pièces.

Ces fameuses divergences entre les écoles chimique et mécanique ne prenaient leur source que dans l'optique différente familière aux observateurs : les uns se hornaient à l'étude des conséquences, les autres, placés plus haut, remontaient aux origines. La science de l'époque soutenait les premiers ; mais cette science ne leur soulevait qu'un pli insuffisant du voile. Les seconds écartaient le voile tout entier ; seulement la prescience de la science plus que la science elle-même se chargeait de la hesogne. Quand les uns ou les autres opéraient une découverte, ils étaient encore gênés par l'importance à lui concéder. La subordination des phénomènes n'était que soupçonnée ; il n'était pas possible à l'époque de Sylvius de spécifier leur ordre hiérarchique. Dans le camp des mathématiciens, observation juste, mais incomplète ; chez

les chimistes, vision large, mais confuse. Des deux côtés, désordre, fouillis, groupements disparates ou précipités. Comment un pareil état de choses n'eût-il pas engendré des disputes? Et les jets d'éloquence de couler intarrissables. Heureusement qu'au dix-septième siècle on ignorait les congrès. Les jets fussent devenus torrents.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars. — Présidence de M. Monod.

Pathogénie, diagnostic et traitement des pyélo-néphrites.

M. Bazy. — Je désire vous soumettre les quelques considérations que m'ont suggérées les deux observations de pyélo-néphrites suppurées présentées par M. Routier à l'avant-dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 14 mars 1896). Il est entendu que je veux parler seulement des pyélo-néphrites chirurgicales.

La pathogénie de ces pyélo-néphrites est différemment expliquée par les auteurs. Les uns admettent l'infection ascendante secondaire des voies d'excrétion supérieures de l'urine. Au cours des affections vésicales, les microbes franchiraient le sphincter urétéral et pénétreraient dans la vessie, comme ils franchissent le sphincter membraneux de l'urèthre au cours des uréthrites pour pénétrer de l'urèthre antérieur dans l'urèthre prostatique et dans la vessie. Il y aurait donc analogie entre le sphincter de l'urèthre et celui de l'uretère. Cette pathogénie a pour elle des expériences récentes, expériences que j'ai répétées dans mon laboratoire et qui prouvent que, chez le lapin, quand la vessie prend la forme d'un saucisson et qu'elle est peu distendue par le liquide, on peut faire pénétrer, à condition que la vessie se contracte, quelques gouttes de ce liquide de la vessie dans l'uretère. Mais ces faits qu'il est facile de démontrer expérimentalement chez le lapin, existent-ils chez l'homme? Je ne le crois pas; d'autant plus que, anatomiquement, on ne saurait comparer le sphincter de l'uretère avec celui de l'urèthre.

Pour mon compte, je suis d'avis qu'il faut admettre, dans la pathogénie des pyélo-néphrites suppurées, non pas l'infection ascendante des voies urinaires, mais l'infection descendante par la voie sanguine. Les microbes venus avec le sang, d'un point quelconque de l'organisme, arrivent dans le rein et tendent à s'éliminer avec les urines. Mais si un obstacle s'oppose au cours de l'urine, il se produit de la stase urinaire et de la stase microbienne dans le bassinet ou dans l'uretère. Ceux-ci sont transformés en une cavité close et constituent, dès lors, un excellent milieu de culture. De là à la suppuration des voies urinaires supérieures, il n'y a qu'un pas.

C'est cette pathogénie de l'infection descendante par la voie sanguine que je suis disposé à admettre pour les deux observations de M. Routier. Il suffit, en effet, d'un coude de l'uretère, d'une compression de l'uretère par un utérus gravide, comme l'a très bien montré M. Reblaud, d'un calcul du rein arrêté dans sa descente vers la vessie, pour obstruer l'uretère en un point, et faire stagner en amont les microbes. On peut enfin expliquer, de la même façon, la localisation des phénomènes suppurés à un seul uretère.

Il va sans dire que le diagnostic des pyélo-néphrites est facile. Si M. Routier a commis une erreur chez son premier malade, cela tient à ce qu'il n'a pas apporté une attention suffisante à l'examen des urines dont il nous a dit qu'elles contenaient du pus. A peine peut-on dire qu'il existe quelques difficultés de diagnostic quand la tumeur rénale de la pyonéphrose est haut placée ou bien d'un volume peu marqué.

Au point de vue du traitement, il n'y a pas de règle fixe. D'abord, on a vu des pyélo-néphrites guérir spontanément et complètement. J'en possède quelques cas. On a cité ensuite des exemples où les symptômes physiques et fonctionnels avaient rétrocédé d'eux-mêmes, sinon totalement disparu. M. Guyon m'a rapporté des observations, et moi-même j'en ai vu deux cas chez des personnes âgées. Mais j'avoue que ces modes de terminaison sont exceptionnels.

Dans les cas ordinaires, le traitement des pyélo-néphrites suppurées, c'est l'incision du rein d'abord, la néphrectomie ensuite, si l'état du rein ou l'imperméabilité reconnue de l'uretère l'exigent.

L'opération se fait par la voie lombaire. M. Routier nous a dit que la voie transpéritonéale était difficile. Je ne suis pas de cet avis. Elle offre plus de facilité que la voie lombaire. Mais il est beaucoup moins grave d'enlever du pus par la voie lombaire et la voie abdominale doit être réservée seulement aux extirpations de reins cancéreux.

M. Routier. — Les deux cas de pyélo-néphrites que j'ai rapportés n'étaient, j'en conviens, particulièrement difficiles qu'au point de vue du diagnostic étiologique et c'est pour cette raison, surtout, que j'ai tenu à les signaler.

Si j'ai dit que la voie abdominale m'avait paru difficile pour faire la néphrectomie, chez mon premier malade, c'est qu'il existait des adhérences nombreuses. Sauf ce cas particulier, je suis d'avis que la voie abdominale est la voie facile, sinon la voie de choix; car, pour opérer un cas de suppuration rénale, j'interviens, moi aussi, d'habitude, par la voie lombaire.

Quant à la nature même de l'opération, je dois dire que je n'ai coutume d'enlever le rein que si son parenchyme me paraît profondément altéré, comme c'était le cas chez ma seconde malade. Sinon, je le laisse en place, quitte à intervenir plus tard, pour l'enlever si les accidents de suppuration s'aggravaient. J'ai une malade que j'ai opérée ainsi, depuis sept ans, et qui vit avec une fistule lombaire par laquelle sortent journellement quelques gouttes de pus sans qu'elle en soit incommodée.

M. Peyrot. — Je demande la parole à propos d'une affirmation faite par M. Bazy. M. Bazy a dit que l'extirpation des reins cancéreux devait se faire par la voie abdominale.

M. le Président. — M. Peyrot, la discussion porte uniquement sur les pyélo-néphrites.

M. Peyrot. — Soit, je me tais, mais j'exprimerai ultérieurement ma façon de penser sur ce sujet.

Traitement du cancer du rectum. Nouveau procédé d'extirpation du rectum par voie abdomino-périnéale.

M. Quénu lit un rapport sur un nouveau procédé d'extirpation du rectum par voie abdomino-périnéale dû à M. Augier (de Lille).

L'auteur de ce procédé a enlevé dix-huit centimètres de gros intestin en procédant de la façon suivante:

Laparotomie, section de l'intestin au niveau de l'anse oméga. Puis ligature de l'extrémité rectale de l'intestin sectionné, ligature du mésocôlon et du mésorectum, décollement du péritoine vésical et abouchement de l'extrémité supérieure de l'intestin à la peau sous forme d'anus iliaque. Dans un second temps, l'anus circonscrit dans une incision, le rectum, décollé en avant et en arrière et finalement extirpé par l'ouverture périnéale. Enfin, fermeture du périnée et fermeture de l'abdomen.

Cette opération est conduite de façon à fermer le périnée et à éviter qu'il s'infecte dans les jours qui suivent l'opération. Bien que le malade opéré ainsi par M. Augier soit mort, le procédé sus-indiqué n'est pas à rejeter. Il permet de circonscrire largement le foyer cancéreux et surtout d'obtenir une asepsie plus sûre du champ opératoire.

Néanmoins, à ce procédé abdomino-périnéal, M. Quénu

oppose un procédé sacro-abdominal de l'extirpation du rectum cancéreux avec lequel il a obtenu un succès. Pour lui, la voie sacrée serait préférable à la voie périnéale.

M. Nélaton rappelle qu'il a tenté autrefois sur le cadavre l'opération que vient de faire M. Augier, sur le vivant. Il lui a paru que l'hémorrhagie par le mésorectum serait difficile à éviter et il a préféré ne pas mettre en pratique un procédé opératoire dont les résultats obtenus par le chirurgien de Lille montrent l'impuissance.

Présentation de pièces.

M. Chaput présente deux pièces, l'une de gastro-entérostomie, l'autre d'entéro-anastomose. Les deux orifices obtenus au cours de ces opérations sont larges avec des bords minces et paraissaient devoir bien fonctionner.

M. Rigal (médecin militaire) présente trois pièces : un calcul vésical enlevé par la voie suspubienne et deux appendices cæcaux.

Jean Petit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars.

De la thrombose chez les chlorotiques.

M. Louis Guinon. — La thrombose passe pour une complication assez rare de la chlorose. Il en a été cependant publié un assez grand nombre de cas. Bourdillon, en 1891, en avait réuni 30 cas. Cette thrombose est relativement fréquente dans les sinus crâniens; dernièrement, ou en a rapporté plusieurs cas à la *Société clinique de Londres* (février 1896). Il faut aussi noter la fréquence de l'embolie pulmonaire.

J'ai observé 3 cas de thrombose des membres inférieurs. Dans ces 3 observations, il s'agissait de jeunes filles manifestement chlorotiques, comme le prouvaient le teint, les souffles cardio-vasculaires et, pour un cas, l'hypohématie.

L'une d'elles succomba à une embolie pulmonaire, qui fut l'origine d'une thrombose énorme, généralisée à toute l'artère; les deux autres guérirent; la troisième, toutefois, conserva des varices et une névralgie sciatique très tenace.

On a voulu donner à la thrombose chlorotique une pathogénie spéciale. Des cas que j'ai observés, il ressort que là, comme dans les autres maladies, elle est d'origine infectieuse.

Dans les deux premiers cas, en effet, les seuls que j'aie pu observer complètement, il y avait de la fièvre; la température atteignait 38°5 et 39°. De plus, la seconde malade avait eu, deux mois avant, une fausse couche, et portait encore les traces d'une vaginite, probablement blennorrhagique; enfin, elle présentait quelques signes de tuberculose au début. Pour toutes ces raisons, je pense que la thrombose des chlorotiques est infectieuse, comme les autres, et que la chlorose n'intervient que pour la favoriser.

M. Rendu. — J'appuie entièrement les conclusions de M. Guinon. Je soutiens cette opinion depuis longtemps dans mes leçons cliniques; chaque fois que la chlorose se complique de thrombose veineuse, il faut rechercher un élément infectieux, cause directe.

Du streptocoque dans la scarlatine et ses complications.

M. Lemoine (Val-de-Grâce). — Rien ne prouve que le rôle du streptocoque dans la scarlatine soit un rôle spécifique. Mais, comme cette opinion trouve encore des partisans, comme, d'autre part, il semble y avoir une liaison très étroite entre le streptocoque et l'agent spécifique de la scarlatine, nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire de nouvelles recherches bactériologiques à ce sujet, afin d'en dégager des notions plus précises sur le rôle de chacun d'eux.

Déjà, dans un travail antérieur, nous avons fait voir l'existence constante du streptocoque dans les angines scarlatineuses. Nous avons poursuivi nos investigations bactériologiques sur le sang des scarlatineux, sur le liquide pleural, sur le liquide d'épanchements articulaires, enfin sur l'urine d'individus atteints d'albuminurie au cours ou dans la convalescence de la scarlatine, comparativement à l'urine de scarlatineux sans albuminurie.

Voici les principaux résultats de ces diverses recherches :

A. *Sang des scarlatineux.* — Bien que nous nous soyons entourés de toutes les précautions susceptibles de rendre les expériences probantes, les résultats ont été le plus souvent négatifs. Sur 52 échantillons de sang provenant de 35 scarlatineux différents, 2 seulement ont donné une culture pure de streptocoque. Il s'agissait de deux malades présentant de larges suffusions sanguines, et la prise avait été faite au niveau des plaques hémorrhagiques. L'existence du streptocoque dans le sang des scarlatineux est donc un fait accidentel lié aux complications de cette affection. A ce titre, la forme hémorrhagique de la scarlatine paraît devoir être considérée comme le résultat du passage du streptocoque dans le sang, et comme l'expression d'une infection secondaire entraînant d'emblée une infection de tout l'organisme.

B. *Liquide pleurétique.* — Dans deux cas de pleurésie survenue au cours de la scarlatine, le liquide de ponction a décelé la présence du streptocoque pur. Dans l'un, la pleurésie fut purement séro-fibrineuse; dans l'autre, l'épanchement, d'abord légèrement louche, devint purulent par la suite. Ces deux malades guérirent. Ajoutons que leur sang, analysé au début de l'éruption, fut trouvé amicrobien.

C. *Arthrites du genou.* — Deux cas survenus au moment de la convalescence et absolument analogues au rhumatisme blennorrhagique. Résultat positif des cultures du liquide articulaire dans un cas; résultat négatif dans l'autre.

D. *Néphrite scarlatineuse.* — Sur 22 urines albuminuriques; 22 fois on a décelé la présence du streptocoque; 6 fois il s'agissait d'albuminurie survenue pendant la période du début (angine et éruption); 5 fois l'albuminurie était survenue au commencement de la desquamation générale, après la chute définitive de la température; 11 fois l'albuminurie était survenue en pleine convalescence, la desquamation existant encore.

Il est à remarquer que dans les six cas où l'albuminurie est survenue au début, deux fois l'angine était de nature diphtéritique.

Dans les quatre autres cas, l'angine avait été particulièrement grave. Il est vrai que l'albuminurie tardive comporte également des angines du début graves.

Sur onze urines normales de scarlatineux, une seule fois seulement nous avons eu des cultures de streptocoque.

De l'étude attentive des conditions dans lesquelles sont survenues ces néphrites, nous croyons rationnel de conclure :

a) Que, dans la scarlatine, les complications rénales sont d'ordre secondaire et sont le résultat d'une infection streptococcienne;

b) Que cette infection streptococcienne du filtre rénal est le résultat, le plus souvent, d'une virulence spéciale du streptocoque développé au niveau du pharynx ;

c) Qu'à ce titre, ces complications peuvent devenir le point de départ d'accidents de même nature pouvant se propager par voie de contagion et qu'elles peuvent être rapprochées avec vraisemblance des accidents analogues survenant du côté du poumon dans le cours de la rougeole.

Nous voyons donc que, dans la scarlatine, deux infections de nature différente coexistent simultanément et que ces deux infections ont pour siège de prédilection la cavité bucco-pharyngienne :

1° *Infection spécifique*, dont l'agent microbien nous est actuellement inconnu, mais dont nous pouvons apprécier la nature

spéciale par ses propriétés contagieuses spécifiques, démontrées par la clinique et l'observation des faits épidémiologiques ;

2° *Infection secondaire d'origine streptococcienne*, qui commande les accidents secondaires de la scarlatine et qui, après s'être localisée dans la cavité bucco-pharyngienne, peut envahir la peau (scarlatine hémorrhagique), les séreuses (pleurésie, arthrite) et les reins (néphrite scarlatineuse).

Nous avons montré, pour les accidents secondaires bucco-pharyngés, que l'origine streptococcienne n'était pas spéciale à la scarlatine, puisque le streptocoque se retrouvait dans toutes les angines. On a observé d'autre part la présence du streptocoque dans nombre des lésions de la peau, des séreuses et du rein ; nous sommes donc autorisés à penser que ces diverses complications, sous la dépendance des accidents bucco-pharyngés par leur nature, ne sont pas plus qu'eux spéciales à la scarlatine.

Reste à expliquer cependant ces localisations de prédilection que l'observation nous a appris depuis longtemps à connaître, séreuses et rein pour la scarlatine, épithélium pulmonaire pour la rougeole. C'est là le fait de l'infection spécifique qui, bien que nous ne puissions pas encore en donner la preuve palpable, entre sans doute encore pour une part importante dans la pathogénie des accidents secondaires eux-mêmes, soit que l'agent spécifique prépare, par lui-même ou par ses toxines, ces terrains spéciaux où il se porte de préférence, soit qu'il ait avec le streptocoque une action effective.

MM. Widal et **Netter** disent que les résultats de leurs recherches personnelles concordent avec les conclusions auxquelles est arrivé M. Lemoine.

Ostéo-périostites multiples consécutives à une fièvre typhoïde grave; présence dans le pus du bacille d'Eberth.

M. Catrin (Val-de-Grâce). — Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, apparition à intervalles divers d'ostéo-périostites du médius, du cubitus, de la clavicule, de l'omoplate, du tibia et du temporal à gauche.

Seule la tumeur du tibia gauche suppura, et dans le pus on trouva le bacille d'Eberth. Sauf au niveau du cubitus et de la clavicule, toutes ces tumeurs se sont résorbées complètement, mais dans les deux cas cités il persiste de la périostose.

A noter le manque de symétrie dans les lésions du membre supérieur droit, leur symétrie dans les membres inférieurs. Enfin, comme dans la plupart des cas, apparition assez tardive des accidents.

Peut-être les périostoses persistantes pourront plus tard devenir le siège de suppurations nouvelles par latence microbienne.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 mars.

Immunite par hérédité.

M. Duclert a constaté, pendant une épidémie de clavelée, que les agneaux, issus de mâles et de femelles immunisés, offraient une résistance marquée au virus. Cet état refractaire se transmet donc bien, comme l'ont montré MM. Charrin et Gley ; de plus, il est passager et peu intense. C'est là une loi qu'on peut probablement généraliser à tous les virus.

Des températures viscérales.

MM. d'Arsonval et **Charrin**. — On sait que les sécrétions microbiennes que l'on injecte sous la peau ou bien dans le sang provoquent une élévation de la température et des accès de fièvre.

Nous avons recherché la température de différents viscères et de différents tissus d'animaux devenus fébricitants par injections de tuberculine, de toxine diphtéritique ou pyocyanique.

Voici les résultats obtenus par nous : le rectum étant à la température de 41°1 ou 41°4 comme chiffres extrêmes, le foie était à la température de 42°. Par ordre décroissant, de cette température hépatique s'éloignaient de plus en plus la rate, le cœur, les reins, la moelle des os, le cerveau, le poumon, les muscles et la peau.

Ces données concordent en partie avec les résultats de la normale, mais avec des différences plus accentuées. Elles permettent aussi de mettre en relief l'intensité des processus pendant la fièvre, l'activité des phénomènes, conséquences de la lutte de l'organisme contre les microbes pathogènes. Enfin elles montrent le rôle de certains viscères ou tissus, qui sont plus importants pendant la période pathologique que pendant la période normale.

Lésions du thymus.

M. Durante cite des lésions du thymus observées par lui à l'autopsie de trois enfants nouveau-nés.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant mort-né, venu au monde après vingt-six heures de travail. Cet enfant possédait un thymus énorme. Il ne pesait pas moins de vingt et un grammes. De nombreux lobules présentaient des foyers hémorrhagiques qui en occupaient le centre. D'autres avaient les corpuscules de Kassall plus gros que normalement.

Le second cas se rapporte à un enfant né à huit mois, après un travail de quarante-huit heures et mort trois jours après la naissance. Le thymus présentait le même aspect que précédemment.

Enfin, dans la troisième observation, il s'agissait d'un enfant né à terme et mort de cachexie le vingt-septième jour. Ici, le thymus ne pesait que un gramme cinquante, mais était affecté d'une véritable cirrhose. Les travées étaient constituées par du tissu conjonctif adulte, et l'on y voyait de nombreux vaisseaux pleins de sang.

Tuberculose humaine provoquée par un moineau.

M. Durante cite une observation sur la transmission de la tuberculose de l'oiseau à l'homme. Une femme avait reçu au doigt un coup de bec de moineau. A ce niveau se développa un lupus, en même temps que plusieurs noyaux secondaires apparaissaient au pli du coude. Ces lésions étaient bien tuberculeuses, comme l'ont prouvé l'extirpation et l'inoculation.

Ici donc, il s'agit bien de tuberculose acquise par l'intermédiaire d'un oiseau. D'ailleurs, c'est sans doute au contact d'une malade morte de la tuberculose que le moineau s'infecta.

Rôle sécréteur des globules blancs.

M. Pillon a essayé de vérifier l'hypothèse d'après laquelle des cellules migratrices peuvent, dans certains cas, sécréter des produits thermogènes. Les globules blancs ont été transportés dans des milieux convenables, et y ont vécu quelques heures. Les liquides renfermant les leucocythes ont été injectés à des animaux. Ils ont produit une hyperthermie oscillant entre 0°,5 et 10°, et disparaissant après une vingtaine d'heures.

Ces produits thermogènes agissent donc bien sur le système nerveux, et dans cette action l'on pourrait voir peut-être l'un des facteurs pathogéniques de la fièvre traumatique.

Effets des injections intra-veineuses de glycose.

M. Butte. — Le sucre injecté dans une veine en assez forte proportion ne se fixe que momentanément dans les muscles et le liquide sanguin. Après s'être répandu dans toutes les parties de l'organisme, il disparaît progressivement et régulièrement.

Cette glycose s'élimine en partie par les urines, et en partie est utilisée pour les combinaisons intimes. Peut-être même une dernière partie de cette glycose est-elle transformée dans certains organes.

Des fuseaux neuro-musculaires.

MM. Weiss et **Dutil.** — Nous confirmons aujourd'hui l'opinion que nous avions déjà émise précédemment, d'après laquelle les fuseaux neuro-musculaires sont des organes de nature sensitive, très analogues aux terminaisons tendineuses de Golgi.

Les fibres nerveuses destinées aux terminaisons de Golgi et aux fuseaux neuro-musculaires se divisent loin de l'organe terminal.

De plus, les fibres striées qui constituent le faisceau portent des plaques motrices comme les fibres communes. Aussi doivent-elles entrer en contraction en même temps.

Déviation conjuguée des yeux.

M. Thomas. — Par deux expériences, faites l'une sur le lapin, l'autre sur le cohaye, il a été possible de faire l'étude expérimentale des déviations conjuguées des yeux. L'intervention consista dans l'emploi d'une anse de galvanocautère par une brèche de l'occipital. Au bout de huit jours, le lapin succomba.

L'existence des fibres vestibulaires de second ordre, dans le faisceau longitudinal postérieur, permet d'expliquer la production des mouvements compensateurs et associés des yeux, suivant que la tête et le corps changent de position. On peut établir ce fait, bien que les lapins n'aient pas dans la vision binoculaire des mouvements associés, comme l'homme les possède.

Quant à la paralysie du moteur oculaire externe, avec déviation conjuguée, elle s'explique par l'existence de fibres provenant du noyau de la sixième paire.

Hallucination visuelle unilatérale.

M. Féré cite l'observation d'une femme qui, à l'âge de vingt-huit ans, eut une peur, à la suite de laquelle survinrent des cauchemars et une irritabilité très marquée. Les cauchemars se traduisaient toujours par une vision localisée au côté droit. Plus tard, après une chute, se montra un torticolis spasmodique tournant la face à gauche et un peu en haut. Ce torticolis spasmodique se produisit de plus en plus souvent, de manière à se rapprocher du spasme tonique. Et quand le cou était pris de ce spasme, se reproduisait l'hallucination primitive à droite, que les yeux soient ouverts ou fermés. Par l'emploi du bromure, on n'est arrivé à aucune amélioration.

Du bacille de Lœffler après l'ablation de l'amygdale.

M. Lichtwitz a ensemencé les exsudats qui se forment à la surface de la plaie de l'amygdale après application de l'anse électrothermique. Onze fois sur vingt-sept il a vu dans ces exsudats le bacille de Lœffler, et deux fois seulement il était isolé. Quand il n'y avait pas de bacille de Lœffler, on retrouvait d'autres microorganismes.

Enfin l'état des malades chez qui on trouvait le bacille de Lœffler était aussi bon que celui des autres, et point n'était besoin de soins spéciaux pour qu'ils guérissent aussi bien et aussi vite que les autres.

De l'immunisation tuberculeuse par la sérothérapie.

M. Bernheim a obtenu l'immunisation tuberculeuse par des toxines sécrétées naturellement, provenant de bacilles de Koch de l'homme. Les bouillons ont été passés au filtre et ont été injectés à différents animaux pendant cinq ou six mois.

Des toxines pures ont été injectées à des animaux sains pendant six mois. On leur fit enfin une dernière injection avec du bacille de Koch très virulent. Cette infection tua des animaux témoins, tandis que les animaux à qui avaient été injectées des toxines restèrent sains.

Reprenant le sérum des animaux qu'il venait d'immuniser, l'auteur fit des injections à d'autres animaux ; puis il inocula à ces derniers une culture virulente de bacilles de Koch. Les animaux vaccinés au sérum immunisé résistèrent à l'infection. Les témoins succombèrent après inoculation avec la même culture de bacilles de Koch.

Du bacille tuberculeux fut ensuite inoculé à des lapins et des cobayes. Quinze jours plus tard, on leur injecta un peu de sérum provenant d'animaux déjà immunisés. Ces injections de sérum à petites doses furent continuées pendant trois mois. Les trois quarts des animaux ainsi traités résistèrent à l'infection tuberculeuse. Les autres succombèrent de cachexie, sans localisation spéciale. Un petit nombre avait des granulations tuberculeuses généralisées.

Sous la peau de nombreux lapins furent injectés simultanément dix centimètres cubes de sérum immunisé et un demi-centimètre cube d'une culture virulente de bacilles de Koch. Ces lapins maigrirent beaucoup, mais la plupart retrouvèrent la santé.

Enfin l'auteur ensemença du bacille de Koch simultanément et parallèlement sur du sérum immunisé et sur du sérum ordinaire de lapin. La première culture resta stérile, la seconde se développa fort bien.

Resterait à savoir quelle action exerce l'injection de sérum sur la marche de la phtisie commune. On ne peut encore émettre à ce sujet de conclusions absolues, bien que des observations heureuses aient été enregistrées. L'auteur se propose d'ailleurs d'étudier la question pour en faire une nouvelle communication.

LES LIVRES

Chez Masson et Ce, éditeurs.

Leçons de Clinique médicale (Hôtel-Dieu, 1894-1895), par le Dr Pierre Marie, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 1 vol. in-8° avec 57 figures. 6 fr.

Ce volume contient quelques-unes des leçons faites à l'Hôtel-Dieu par M. Pierre Marie pendant un remplacement du professeur G. Sée. La série de ces 16 leçons est consacrée aux sujets suivants : *Rhumatisme chronique infectieux et rhumatisme chronique arthritique.* — *Déformations thoraciques dans quelques affections médicales* (particulièrement « thorax en entonnoir »). — *Des diabètes sucrés* (3 leçons contenant des documents intéressants sur différents points tels que l'intervention chirurgicale dans le diabète, le diabète conjugal, la pluralité des diabètes sucrés, l'hémiplégie des diabétiques, etc.). — *Du diabète bronzé* (l'auteur donne un tableau général de cette affection et soutient qu'il s'agit non pas d'une complication du diabète sucré, mais d'une entité morbide spéciale plus ou moins voisine du diabète pancréatique). — *Albuminurie cyclique* (celle-ci dans sa forme pure serait due à un trouble dans l'action du grand sympathique). — *Cyanose congénitale par malformations cardiaques.* L'auteur étudie celles des malformations cardiaques qui sont compatibles avec une certaine survie, les seules qui en réalité intéressent le clinicien. — La dernière leçon est consacrée à la *Neurofibromatose généralisée*, affection encore peu connue du public médical, bien qu'assez fréquemment observée.

Société d'Éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Place de l'École-de-Médecine, Paris.

Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup, par le Docteur Jean Tsakiris, de la Faculté de Paris. Médaille de bronze de l'Assistance publique de Paris. In-8° de 132 pages, avec 25 figures dans le texte. Prix : 5 francs.

Après avoir été longtemps dédaignée en France, la pratique de l'intubation du larynx dans le croup tend à prendre aujourd'hui l'importance à laquelle elle a droit. On peut dire même que c'est une des questions qui sont aujourd'hui au premier rang des préoccupations du public médical français.

Il y a à cela deux raisons principales : la première, c'est l'intérêt qui s'attache à tout ce qui, de près ou de loin, touche à la guérison de la diphtérie depuis les retentissants travaux de l'Institut Pasteur. La seconde, c'est la mise en évidence des succès obtenus en Amérique, d'abord, par O'Dwyer qui, rompant avec les préjugés, substitua à la pratique mortelle de la trachéotomie celle beaucoup plus simple et beaucoup plus rationnelle de l'intubation.

Au cours des soins que le Dr Tsakiris a été appelé à donner aux petits malades de la Crèche de diphtérie de Paris, il a été frappé, comme bien d'autres avant lui, de certaines imperfections des instruments déjà classiques d'O'Dwyer, et avec l'aide de M. Mathieu, il s'est efforcé de les faire disparaître et de simplifier le plus possible et le manuel opératoire et les instruments eux-mêmes.

Ce sont surtout ces résultats que l'auteur a voulu mettre en lumière.

Dans cet ouvrage, après avoir étudié les instruments de Bouchut, puis ceux d'O'Dwyer, le procédé opératoire de cet auteur, les complications du tubage, et les modifications que l'on a apportées à l'étranger et en France à son instrumentation; après avoir critiqué d'une façon judicieuse et mis en relief les différents inconvénients de ces instruments, l'auteur décrit les modifications qu'il a lui-même apportées, et dont l'utilité lui a été démontrée par son expérimentation sur le cadavre et sur le vivant. Grâce à ces modifications, les tubes ne sont jamais expulsés du larynx, la déglutition se fait aisément, et leur extraction (à l'aide de l'extracteur à anse) est aussi facile que leur introduction.

Ce livre orné de plusieurs figures originales intéresse directement tous ceux qui s'occupent des maladies des enfants et qui sont désireux d'établir une thérapeutique rationnelle facile et fructueuse contre l'asphyxie croupale.

Notes et observations de médecine légale, par H. Legludic, directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers, médecin de l'Hôtel-Dieu, expert près le tribunal d'Angers, membre correspondant de la Société de médecine légale. — *Attentats aux mœurs*, avec 26 figures dans le texte; 1 volume in-8°. Prix : 5 fr.

M. le Dr Legludic, directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers, commence — sous le titre de : *Notes et observations de médecine légale* — la publication des nombreux faits médico-légaux qui ont été soumis à son examen pendant une période de vingt-quatre années.

Dans cette première étude, M. Legludic s'occupe des *Attentats aux mœurs*. Dans 445 expertises judiciaires, il a observé 193 cas de viol et attentats à la pudeur, 6 cas d'outrages publics à la pudeur et 246 cas de pédérastie.

Les viols et attentats à la pudeur sont répartis par années, par mois et saisons, suivant l'âge de la victime ou du violateur, les professions, l'état civil et la parenté des accusés. S'ils ne sont pas assez nombreux pour constituer une statistique importante, ils permettent des comparaisons et peuvent servir d'appoint pour d'autres statistiques.

A propos de la membrane hymen, l'auteur relate, avec dessins à l'appui, quelques types curieux d'hymen hiperforé.

La pédérastie fournit 246 observations, réparties suivant les professions, les âges et les années. Dans ses notes, M. Legludic établit, contrairement à Tardieu, l'insuffisance fréquente des signes de pédérastie passive et l'absence constante des signes caractéristiques de pédérastie active. Il a notamment recherché la torsion du pénis chez 298 aliénés et l'a rencontrée quatre fois sur des dégénérés, sans qu'on puisse la rattacher à des habitudes vicieuses. Deux photogravures reproduisent des torsions de la verge.

L'auteur publie une quarantaine d'observations, qui témoignent de la multiplicité des questions soumises à la sagacité de l'expert.

Quelques considérations sur l'inversion sexuelle terminent cette étude, que M. Legludic fait suivre de l'autobiographie d'un psychopathe sexuel, ou plutôt d'une partie de ses *Confidences et aveux*.

Ecrite il y a plus de vingt ans, cette autobiographie eût gagné à être publiée plus tôt; de nombreuses observations de sexualité contraires ont été produites depuis 1874. Mais c'est encore un document plein d'intérêt.

Les extraits de la vie curieuse de ce jeune homme se rapportent à trois périodes : son éducation efféminée, sous la direction d'une mère affectueuse à l'excès et sentimentale, heureuse de ses manières de petite fille; — sa prostitution, où il n'est plus qu'un vicieux et un perverti, mais qui lui fournit l'occasion de connaître et de décrire les habitudes et les actes des *Complaisants* et des *Tribades*; — enfin, son amour en maison centrale, ardent, irrésistible, passant par les phases diverses de la passion la plus intense, des angoisses de la jalousie, des regrets de la rupture, de toutes les émotions constitutives de l'amour.

Cette autobiographie est ornée par l'auteur de dessins à la plume. Il se peint en femme dans son boudoir, se maquillant le visage, ou sur la scène des cafés-concerts; il reproduit des *Complaisants* comme lui, des *Tribades*, des types de ces deux prostitutions qui se ressemblent et évoluent côte à côte dans un parfait accord; enfin, des *Garçons*, des amants de cœur.

L'étude de l'inversion sexuelle conduit M. Legludic à conclure que l'examen de l'état mental des inculpés de pédérastie et l'appréciation de leur responsabilité sont maintenant nécessaires et que le magistrat devra ordonner cette expertise psychique.

M. Legludic annonce que cette première publication sur les attentats aux mœurs sera suivie de notes et de rapports sur les *Attentats à la reproduction*, les *Blessures*, les *Asphyxies*, etc. Il a raison, prêchant d'exemple, d'inviter les médecins légistes à rassembler et produire les faits médico-légaux par eux observés, à ne pas laisser inutilisés des documents instructifs, à établir des statistiques; un jour viendra où de l'ensemble de ces multiples travaux se dégageront d'utiles conclusions. Ce sera tout profit pour la science et pour la justice.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Le centenaire de la Société de médecine de Paris.

La Société de médecine de Paris a célébré, samedi et dimanche derniers, le centenaire de sa fondation.

Samedi, à 4 heures, a eu lieu une séance solennelle à laquelle assistaient, outre les membres titulaires, associés et correspondants de la Société, un nombre considérable de délégués des Sociétés médicales de Paris, des départements et de l'étranger.

Dans une allocution vivement applaudie, le président, M. Ladreit de Lacharrière, a rappelé l'origine de la Société, créée le 22 mars 1796, sous le nom de Société de Santé de Paris, par un groupe d'hommes éminents auxquels se joignirent bientôt les savants les plus illustres de l'époque.

M. Durozier, par la forme humoristique qui lui est particulière et lui attire tous les suffrages, a tracé l'historique de la Société et montré les services qu'elle a rendus à la science, à l'hygiène publique, à l'administration, à la profession. La première des associations médicales organisées après la Révolution, elle peut, à bon droit, revendiquer l'honneur d'avoir ouvert la voie à toutes celles qui l'ont suivie, dans l'ordre scientifique comme dans l'ordre professionnel. L'Académie de médecine, quand elle a été fondée, lui a pris bon nombre de ses attributions. Les conseils d'hygiène n'ont fait que continuer, sur une plus grande échelle, l'œuvre qu'elle avait inaugurée. Enfin, en tant qu'association, elle est comme le précurseur des différentes associations et des syndicats qui, de nos jours, se sont constitués en si grand nombre.

M. Motet a prononcé l'éloge de M. Duchenne (de Boulogne), l'un des membres dont la Société s'est le plus honorée. Sans s'attarder à la partie anecdotique de son sujet, M. Motet s'est attaché à faire ressortir la puissance de travail, la persévérance, le talent d'observation, l'indépendance, la modestie qui ont caractérisé Duchenne, et à marquer la part importante, on pourrait dire capitale, qui lui revient dans les récentes conquêtes de la neuropathologie. Par l'élégance du style, la profondeur des pensées, la compétence en la matière, la justesse de ses appréciations et l'impartialité des jugements, l'éloge de Duchenne est un modèle du genre et des applaudissements redoublés en ont suivi la lecture.

Le soir, réception des plus brillantes chez le président, concert, comédie, bal. Tous ceux qui ont assisté à cette fête garderont le souvenir de la bonne grâce de M. et Mme de Lacharrière.

Le dimanche soir, un banquet réunissait, au restaurant Cubat, de nombreux convives, parmi lesquels M. Viger, ministre de l'agriculture, délégué par le gouvernement; le préfet de la Seine, le doyen de la Faculté de médecine, le président de l'Académie de médecine, des membres de l'Institut, des sénateurs, des députés, les délégués des Sociétés médicales françaises et étrangères et la plupart des membres de la Société de médecine de Paris. Au dessert, les toasts se sont succédé et, après les allocutions du président et du ministre, on a applaudi surtout le toast fin et spirituel du docteur Ogilvie, délégué de Londres, qui, Ecossais de naissance, fait remarquer qu'il n'a jamais guerroyé contre la France et ajoute que le nom de Marie Stuart résonne avec une égale suavité aux oreilles françaises et écossaises. Un autre toast obtient aussi un grand succès, c'est celui de M. Varkewicz-Jodko, médecin du prince d'Oldenbourg, conseiller d'Etat et collaborateur de l'Institut impérial de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg. L'honorable savant a terminé son toast par le cri de « Vive la France! ». On lui a répondu par celui de « Vive la Russie! ». Ajoutons que, la veille, le prince d'Oldenbourg, autorisé par l'empereur de Russie, avait adressé au président de la Société de médecine de Paris un télégramme par lequel il l'informait qu'il acceptait avec empressement le titre de membre d'honneur de la Société, qui lui avait été offert.

Chaque convive, en arrivant au banquet, a reçu une médaille d'argent commémorative du centenaire, avec son nom gravé sur l'une des faces.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgie (Bureau central).

Le sujet de la composition était : *Cæcum; indications et manuel opératoire de l'anus artificiel.* — Les questions restées dans l'urne étaient : *Nerfs de la main; complications nerveuses dans les fractures.* — *Mésentère; traitement des plaies de l'intestin.*

18 copies ont été remises. Ont obtenu :

Séance du 21 mars : MM. Demars, 18; Mauclaire, 25; Arrou, 25; Thiéry, 23; Lyot, 26.

Concours de médecine (Bureau central).

Ont obtenu :

Séance du 21 mars : MM. G.-C. Lion, 17; Teissier, 16; Pilliet, 16; Mosny, 16; Triboulet, 18.

Séance du 23 mars : MM. Claisse, 17; Florand, 19; de Saint-Germain, 18; Thérèse, 16; Deschamps, 17.

Les candidats qui ont une note minima de 17 sont admissibles.

Ils ne devront plus se présenter aux hôpitaux de l'Hôtel-Dieu et de la Charité.

La première séance clinique aura lieu samedi prochain.

Asile Sainte-Anne.

M. le Dr Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté à l'Asile Sainte-Anne, commencera le samedi 18 avril 1896, à 9 heures et demie du matin, un cours complet et élémentaire d'aliénation mentale et le continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure, avant la leçon de M. le Professeur Joffroy.

Concours de la Société française d'Hygiène (1895-96).

Un concours avait été ouvert en 1895, par la Société française d'Hygiène, sur la question si importante de :

L'Influence du logement sur la santé des habitants des petites villes et des communes rurales.

Le président de la République avait offert pour ce concours deux magnifiques vases de Sèvres.

Dans sa dernière séance générale, la Société, adoptant les conclusions du rapport de la Commission des prix, a proclamé les noms des lauréats :

Prix du président de la République : M. G. Baudran, de Beauvais; médaille d'argent : M. le Dr Luigi Gasparini, de Gazzaniga (Italie); médaille de bronze : M. Guillemard, instituteur à Nantoux (Côte-d'Or).

Fidèle à ses traditions de vulgarisation scientifique, la Société française d'Hygiène a ensuite approuvé la mise au concours, pour l'année 1896, de la question suivante :

Le Rôle de l'hygiène au XXe siècle, par l'Instruction et l'Education des masses.

Toute latitude est laissée aux concurrents pour traiter la question au point de vue général ou spécial. La Société affecte à ce concours une médaille d'or; deux médailles d'argent et trois médailles de bronze.

Les mémoires, qui ne devront pas dépasser trente-six pages in-8°, seront remis dans la forme académique, avant le 1er décembre 1896, au siège de la Société, 30, rue du Dragon, à Paris.

NOUVELLES

Avis concernant les candidats aux concours pour les places de médecin, de chirurgien et d'accoucheur des hôpitaux.

Par un arrêté du 21 mars 1896, pris sur l'avis conforme du conseil de surveillance et approuvé le 24 du même mois par M. le préfet de la Seine, les §§ 5, 6, 7, 8 et 9 de l'article 106 du règlement sur le service de santé, relatifs au tirage des membres des jurys des concours ont été remplacés par les dispositions suivantes :

§ 5. — Nul ne peut faire partie du jury de deux concours consécutifs de même ordre, sauf dans le cas exceptionnel énoncé ci-après, § 8.

§ 6. — D'autre part, même s'il ne s'agit pas de concours de même ordre, un membre ayant siégé dans un jury ne peut être de nouveau désigné comme juge qu'après deux années d'intervalle à dater de la clôture du précédent concours, s'il est médecin, et une année, s'il est chirurgien, accoucheur ou pharmacien. Cette règle ne s'appliquera pas, toutefois, aux concours pour la médaille d'or, pour l'adjuvat de l'amphithéâtre d'anatomie, pour les emplois d'internes à l'hospice de Brévannes, enfin pour l'emploi de chirurgien ou de médecin de l'hôpital de Berck, de l'hôpital de Forges, de la Fondation Brézin et autres établissements similaires.

§ 7. — Dans le cas où le nombre des noms restant à mettre dans l'urne après les éliminations conformes aux règles énoncées aux §§ 5 et 6 ci-dessus ne serait pas au moins double de celui des membres à désigner, la liste de ces noms serait complétée au moyen des noms écartés en vertu du § 6.

§ 8. — Enfin, dans le cas où, même après cette adjonction, le nombre des noms à mettre dans l'urne serait encore inférieur au double de celui des membres à désigner, on ajouterait à ces noms ceux des membres éliminés en vertu du § 5.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE TÉTANOS

Définition.

Maladie infectieuse, transmissible à l'homme et aux animaux; caractérisée par des contractures avec accès paroxystiques, qui débutent par les muscles de la mâchoire et de la nuque, pour gagner la plupart des muscles volontaires.

Historique.

Affection connue depuis la plus haute antiquité : Hippocrate,

Celse, Ambroise Paré, etc. ; au XVIIIe siècle, Boerhaave, Ravaton, Bajou, Heurtelonp ; Larrey, surtout, au début de ce siècle.

Depuis cette époque, innombrables travaux qui ont élucidé surtout la pathogénie ; citons parmi les derniers : *Nicolaïev*, qui a découvert le bacille (décembre 1884) ; *Kitasato*, qui en a fourni les premières cultures pures ; *Verneuil*, qui a rassemblé de nombreux documents en faveur de cette origine infectieuse de la maladie ; *Tizzoni* et *Cattani*, *Sanchez*, *Toledo* et *Veillon*, *Vaillard* et *Vincent*, *Roux*, *Courmont* et *Doyon*, enfin, qui ont établi sur de sérieuses bases scientifiques la vraie nature du tétanos.

Etiologie.

Grouper les causes prédisposantes du tétanos suivant la blessures, le blessé, le milieu.

Blessure.

De préférence plaies des extrémités : doigts, orteils surtout ; plaies des organes génitaux.

Plaies contuses, par arrachement, par écrasement, accompagnées d'une mortification partielle (armes à feu, obus, morsures de cheval, machines) ; plaies étroites (instruments piquants, éclats de verres, échardes de bois) ; dans quelques cas, plaie physiologique (ombilicale, après chute du cordon ; plaie utérine après délivrance) ; bouton d'acné ; croûte d'eczéma.

Etendue de la blessure sans importance. Quelquefois, même assez souvent, plaie insignifiante pouvant passer inaperçue (piqûre d'aiguille, injection hypodermique, arête de poisson). Quelquefois, brisures d'os, corps étrangers remplissant la plaie.

Blessé.

Race : Nègres, Hindoux (contact des pieds nus blessés avec terre). Nouveau-nés dans les pays chauds (plaie ombilicale souillée).

Sexe : Hommes, adultes (au moins dans nos climats) ; chez femmes, à l'occasion de délivrance, d'opération sur l'utérus et annexes.

Profession : Charretiers, garçons de fermes, cultivateurs, équarisseurs, maraîchers, tanneurs ; chez cavaliers dans l'armée en temps de paix.

Influence des affections débilitantes antérieures, de l'alcoolisme, etc.

Milieu.

Climats tropicaux.

Habitations encombrées, malpropres.

Epidémicité.

Contagion chez les animaux, dans les hôpitaux (dans la même salle, dans le même lit).

Pas de tétanos dit spontané.

Il n'y a qu'un tétanos, celui appelé autrefois traumatique ou chirurgical ; le tétanos dit spontané ou médical est un tétanos dont la porte d'entrée a passé inaperçue (Verneuil, Betoli, Vaillard et Rougel).

Pathogénie.

Nombreuses théories.

Théorie musculaire.

Stutz, Martin de Pedro : Contractures tétaniques, dues pour les uns à accumulation d'oxygène dans les muscles ; pour d'autres, à accumulation d'acide lactique.

Hypothèse grossière qui n'explique rien.

Théorie nerveuse.

Vulpian, Brown-Séquard, Richelot, etc. : La contracture tétanique est un réflexe pathologique, dû à une irritation nerveuse périphérique. Exact, mais quelle est la cause de cette irritation périphérique ? Pourquoi le tétanos est-il contagieux, épidémique ?

Théorie humorale.

En germe dans les observations des plus anciens médecins.

Simpson (1854), Travers, Vulpian, Billroth, Rose : Poison comparable à des poisons végétaux, strychnine ; grande part de vérité.

Théorie microbienne.

Remarque de Lister sur la rareté du tétanos dans son service depuis l'emploi de son pansement. Recherches négatives d'abord d'Arloing et Tripier (1869), de Billroth, de Nocard (1882).

Première transmission expérimentale du tétanos par Carle et Rattone (de Turin), en mars 1884, chez des lapins dans la gaine du sciatique desquels on inocule le contenu d'un bouton d'acné pris sur un homme mort du tétanos.

Découverte d'un bacille spécial, grêle, 3 à 5 μ (en clou ou en épingle à cause de son renflement sporulé), par *Nicolaïev*, en décembre 1884, dans des échantillons de terre prélevés dans les champs ou dans les rues de Gœttingen, Berlin, Leipzig, Wiesbaden.

Rosenbach, en 1886, retrouve ce bacille dans la plaie d'un homme mort tétanique.

Kitasato, en 1889, obtient le premier des cultures pures du bacille tétanique.

Dire quelques mots des caractères de ce bacille (Voir *Traité de Chirurgie*, tome I, Le Dentu et Delbet, article de Ricard, page 92, ou *Traité de Médecine de Brouardel*, tome II, page 694).

Anaérobie.

Se cultive bien sur tous les milieux habituels.

Aspect spécial des cultures par piqûre sur gélatine ou sur des plaques de gélatine ; odeur de corne brûlée.

Polymorphisme très marqué (Sanchez, Toledo et Veillon).

Résistance extrême à l'égard des agents physiques et chimiques (contagion à longue échéance, réveil d'épidémie), vitalité du bacille aussi bien dans les terres tétanigènes que dans la plaie d'un tétanique ou dans les cultures pures. Résistance extrême aux antiseptiques.

Microbe saprophyte très répandu dans la terre des champs, sur le sol des rues, dans les poussières, dans les toiles d'araignée, dans les fourrages ; il est très abondant spécialement dans les excréments d'animaux sains (cheval, bœuf, vache — Sormani, Sanchez, Toledo et Veillon), d'où virulence spéciale des terres labourées et fumées ; dans la poussière des étrilles, sur la peau du cheval, du mouton. Les objets souillés de terre renferment le bacille de Nicolaïev.

Aussi l'origine *tellurique* du tétanos est-elle universellement admise aujourd'hui, contrairement à Verneuil qui admettait l'origine équine.

Le cheval n'est pas plus tétanifère que le bœuf et la plupart des herbivores (Nocard, Trasbot), il est un agent de contagion médiat entre la terre et le blessé, agent fréquemment incriminable peut-être parce que sa réceptivité pour le tétanos est grande et parce que son contact avec l'homme est journalier. Les sols labourés et fumés sont plus redoutables que les autres, mais voilà tout ; le tétanos des Nouvelles-Hébrides où il n'y a pas de chevaux prouve, d'après Le Dentu, que le sol peut être tétanigène sans avoir été infecté par le cheval.

Le bacille tétanique *vit dans le sol en saprophyte* comme le vibrion septique. Il est *pathogène seulement dans des conditions spéciales*, dont l'*essentielle*, bien prouvée par *Vaillard*, est l'*association avec d'autres microbes, dits favorisants*, qui, supprimant la défense cellulaire de l'organisme, empêchent le bacille de Nicolaïev d'être englobé par les phagocytes.

Conditions accessoires : état anfractueux de la plaie qui empêche le libre accès de l'air, contusion des tissus, corps étrangers, maladie intercurrente, etc.

Le bacille tétanique reste cantonné au point d'inoculation ; il est pathogène par le poison qu'il fabrique au niveau de la plaie (Brieger, Kund Faber, Tizzoni et Cattani, Vaillard et Vincent).

(A suivre.)

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 14 4 Avril 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

AVIS. — Par suite du nombre insuffisant d'actions représentées, l'assemblée générale du 28 mars n'a pu avoir lieu. En conséquence, MM. les actionnaires de la **Gazette Médicale de Paris** *sont convoqués à nouveau, au siège social, pour le samedi 18 avril, à 5 heures 1/2. Cette assemblée délibérera valablement quel que soit le nombre d'actions représentées.*

Le présent avis, aux termes des statuts, doit tenir lieu de lettre de convocation.

Depuis le 1er avril, les bureaux de la **Gazette Médicale** *sont transférés 21, rue du Général-Foy.*

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. EMERY, interne du service.

(Suite.)

VARIÉTÉS DE FORMES TERMINALES.

Il est de règle que l'érosion herpétique se cicatrise à la façon de toute plaie et le plus simplement du monde, à savoir par la formation d'un tissu cicatriciel périphérique qui s'étend de la circonférence au centre.

Mais, en quelques circonstances et sous des influences absolument inconnues, il arrive que l'érosion herpétique, avant d'aboutir à sa cicatrisation, subit un processus d'hypertrophie locale qui la transforme en véritable papule et lui imprime une ressemblance objective des plus frappantes avec la papule syphilitique secondaire.

Ce processus des plus curieux, des plus intéressants comme résultat, avait été déjà merveilleusement surpris et signalé par un médecin distingué, le Dr Legendre, qui l'a décrit tout au long en 1853 dans un excellent mémoire sur l'herpès de la vulve. Pourquoi, depuis lors, a-t-il été oublié? Pourquoi n'est-il pas devenu classique comme il le méritait? Je ne saurais le dire. En tout cas, il est parfaitement authentique et consiste en ceci :

L'érosion herpétique (et presque toujours l'érosion herpétique composée, c'est-à-dire un peu large, un peu étendue) commence à s'exhausser, à prendre du relief, à s'élever en forme de petite plaque convexe, bombée (de 1 à 2 millimètres, 3 millim. à son centre), de petite pastille tout à fait analogue comme forme à une pastille de chocolat. Elle devient littéralement et exactement papuleuse, au sens précis du mot.

Or, comme cette érosion, d'autre part, est en général plus ou moins régulièrement arrondie de contour, comme elle reste excoriée de surface, avec une teinte rouge ou rosée, elle se trouve identiquement semblable à ce qu'est une papule érosive de syphilis secondaire.

Le plus souvent, aussi, il arrive que plusieurs érosions voisines et fusionnées subissent simultanément cette transformation papuleuse. En sorte que leur ensemble aboutit à constituer une plaque papuleuse à contours polycycliques, à la façon des papules muqueuses agminées. Et ce nouveau trait ajoute un caractère en plus à la ressemblance objective de ces deux ordres de lésions.

Si bien que, soit isolée, soit agminée, l'érosion herpétique devenue papuleuse prend trait pour trait la physionomie de la plaque muqueuse papuleuse, de la papule érosive secondaire. Et, en effet, quelle particularité pourrait l'en distinguer ? De part et d'autre, même forme papuleuse de la lésion ; de part et d'autre, même orbicularité ou même tendance du polycyclisme de contour ; même volume possible : même état érosif de surface ; même coloration, etc. En un mot, tous caractères identiques et nul caractère différentiel. Pas de différence possible à instituer de l'une à l'autre lésion, à un moment donné. Si bien que pour tout médecin n'ayant pas assisté au début de l'évolution, n'ayant pas constaté le stade vésiculeux de la lésion, une érosion herpétique papuleuse n'est plus qu'une plaque muqueuse et ne saurait en être objectivement distinguée. Il faut remarquer ce dernier mot. Non, une éro-

sion papuleuse d'origine herpétique n'est pas possible à distinguer d'une papule érosive, de par les seuls caractères de l'objectivité actuelle. Elle est de tous points identique à cette dernière ; je défie qu'on signale de l'une à l'autre un attribut réellement et positivement distinctif.

Il y a plus même, et c'est là un point que Legendre avait aussi bien remarqué, car il paraît du premier coup avoir épuisé la question.

Lorsque cette plaque herpétique papuleuse commence à s'assécher, à se couvrir d'une pellicule cicatricielle, elle continue quelquefois à s'accroître en relief, à se surélever encore quelquefois, avant d'entrer en résolution. Si bien que, devenue sèche et rosée en même temps que fortement saillante, elle ressemble bien plus encore aux syphilides vulvaires papulo-érosives qu'un traitement de quelques jours a suffi pour assécher. Si cela est possible, l'identité objective entre ces deux lésions est encore plus complète à ce moment.

De tout cela, nous avons eu, ces derniers temps, un merveilleux exemple dans le service. Rappelez-vous cette jeune femme qui est entrée dans nos salles le 20 février dernier pour un herpès monstre de la vulve et des régions péri-vulvaires (périnée, rainures interfessières, cuisses etc.). Dans les premiers jours, le diagnostic n'a offert aucune difficulté, l'herpès s'attestait par des vésicules, des bulles, des érosions pseudo-membraneuses, etc. Puis, ces érosions herpétiques se sont mises à végéter, à bourgeonner, à s'exhausser, si bien que, vers le 10 mars, elles constituaient des papules hypertrophiques que tout le monde eût prises à première vue pour des plaques muqueuses hypertrophiques. Puis les papules se sont asséchées en continuant à s'accroître quelque peu, et alors elles simulaient bien plus encore des papules syphilitiques en voie de réparation. Souvenez-vous qu'à cette époque je vous ai présenté parallèlement une autre malade affectée de papules syphilitiques vulvaires en voie d'assèchement et que vainement nous avons cherché *de visu* une seule différence objective entre les lésions de ces deux malades, lésions cependant si différentes comme nature.

Or, n'est-ce pas là un fait puissamment curieux qu'une telle ressemblance objective entre des lésions si dissemblables?

Et ne prévoyez-vous pas les conséquences d'erreurs commises en pareil cas et plus que faciles à commettre? Voici un herpès papuleux je suppose, diagnostiqué papulo-muqueux. Cliniquement, cela aboutit à constituer de toutes pièces une syphilis qui n'a jamais existé, à soumettre un malade non syphilitique au traitement et à toutes les charges de la syphilis. En médecine légale, dans les affaires d'attentats supposés, cela aboutit à impliquer une contamination qui n'a jamais existé et à constituer une horrible charge pour l'accusé.

Voyez donc quelle importance, à des titres divers, prend cette variété d'herpès dit herpès papuleux.

Variétés d'évolution et de durée

Enfin, messieurs, pour terminer ce qui a trait aux nombreuses modalités de l'herpès, quelques mots sur certaines variétés accessoires d'évolution et de durée.

Herpès successif. — L'éruption herpétique ne se fait pas toujours, comme je vous l'ai décrite jusqu'ici, par une seule poussée. Quelquefois elle procède autrement, par poussées multiples, successives, se succédant à quelques jours de distance.

Ainsi, il est assez commun de voir les diverses vésicules composant ce qu'on peut regarder comme une poussée unique se produire avec des retards de 2, 3, 4, 5 jours les unes sur les autres.

En quelques cas même, bien plus rares, on voit la poussée se continuer plus longtemps et se dissocier pour ainsi dire en une série de poussées partielles et distancées qui s'étagent et se répartissent dans une durée plus longue.

Exemple : Un de mes malades qui, très méticuleux et très inquiet de sa santé génitale spécialement, ne manque pas de venir me trouver au moindre incident qui lui survient, a présenté l'an dernier une poussée d'herpès qui s'est faite en six assauts successifs, de la façon et aux dates très précises que voici :

2	vésicules	d'herpès	préputial	le 24	novembre.
2	—	—	—	le 30	—
2	—	—	—	le 11	décembre.
3	—	—	—	le 17	—
1	—	—	—	le 23	—
3	—	—	—	le 29	—

C'est-à-dire que cette poussée n'a pas duré moins de trente-cinq jours et s'est répartie, divisée pour mieux dire, en six poussées partielles.

Enfin, variétés relatives à la durée totale de l'éruption herpétique. Sans parler du dernier cas dont il vient d'être question, et qui allonge la durée, par le fait de poussées successives, l'herpès ordinaire, celui qui procède par poussée unique se faisant d'un seul coup ou peu s'en faut, est sujet à des variations comme durée.

Il est, pour prendre encore les cas extrêmes comme opposition, des herpès presque éphémères, et il en est de prolongés.

Certains herpès discrets, à vésicules petites, non compliquées d'éréthisme local inflammatoire, disparaissent en un temps très rapide, 4, 5 jours. Le malade n'y prête guère plus d'attention qu'à un insignifiant bobo. Il est de ces érosions herpétiques du prépuce ou du gland, qui, disent les malades, ne font qu'apparaître et disparaître.

Et inversement, il est des cas, où, sans qu'on puisse en trouver le motif, les érosions herpétiques ne se cicatrisent que lentement, très lentement, en dehors, bien entendu, des causes diverses qui pourraient artificiellement en prolonger la durée. Tout praticien a vu de ces érosions herpétiques des organes génitaux, qui, quoi qu'on fasse, affectent une durée insolite, et ne se cicatrisent qu'après plusieurs semaines.

D'abord, une durée de 3 semaines n'a rien que d'assez usuel. Il est des cas nombreux où des herpès un peu étendus, un peu creux, n'aboutissent à se réparer qu'après 18, 20, 22 jours.

En second lieu, il est des cas (ceux-ci beaucoup plus rares) où l'herpès se prolonge 4 à 5 semaines.

Il en est d'exceptionnels, où la cicatrisation dépasse même ce terme, pour ne se faire qu'après 35, 38, 40 jours.

Exemple : Un de mes clients habituels qui devait plus tard contracter la syphilis (je précise ce point pour qu'on ne suppose pas une erreur sur la qualité des lésions dont

je vais parler), présenta, en 1865, une éruption typique d'herpès à vésicules multiples sur le prépuce et le gland. Or, cette éruption qui avait débuté le 16 février, produisit des excoriations quelque peu profondes, lesquelles, bien que traitées avec soin, passées minutieusement tantôt à la pommade ou au calomel et tantôt à la charpie sèche, ne persistèrent pas moins jusqu'au 26 mars. Total, 38 jours. Durée assurément excessive pour de simples lésions herpétiques, lesquelles, comme je vous l'ai dit, se cicatrisent usuellement dans une durée de 10 à 15 jours.

Considérons ce dernier fait pour ce qu'il est, à savoir comme exceptionnel; toujours est-il qu'en certains cas la cicatrisation des excoriations herpétiques ne se fait que d'une façon assez lente, ne réclame pas moins de quelques semaines pour s'effectuer complètement.

Or, voyez quel intérêt peut se rattacher en clinique à cette notion des herpès à longue durée.

Il est écrit partout qu'un des meilleurs signes différentiels entre l'herpès et le chancre herpétique consiste dans la durée relative de ces deux lésions, la première n'ayant qu'une durée courte, presque éphémère, la seconde ayant une existence bien autrement prolongée.

Rien de plus vrai en thèse générale. Mais, ici comme ailleurs, il convient de placer l'exception à côté de la règle et d'en tenir compte pour le diagnostic. Car il est des herpès de longue durée, comme il est des chancres de durée courte. Donc, il ne convient pas d'accorder à ce signe de la durée une valeur par trop absolue qu'il ne comporte rigoureusement pas.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La Thérapeutique de Jérôme Mercuriali (1530-1606)

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Dire d'une épidémie : cela n'est rien, et voir son pronostic démenti par la mort de cent mille hommes, une telle aventure humilia Mercuriali. Il avait été mandé à Venise en compagnie de Jérôme Capivaccio, son collègue à l'Université de Padoue. Tous deux devaient donner leur avis au sujet d'une épidémie qui effarait la ville. Elle n'est ni contagieuse ni pestilentielle, opinèrent les deux maîtres. Et c'était la peste, et des familles entières y succombaient.

Si les médecins de Padoue ne furent pas éconduits à coups de pierres par la population exaspérée, c'est qu'ils s'étaient retirés à temps.

Et très graves, ils reprirent leurs cours. Solidement établie était certes la réputation de Mercuriali : elle ne reçut pas la moindre atteinte de l'erreur commise à Venise.

Les titres, c'est fait pour excuser les bévues. Professeur à Padoue, puis à Bologne, médecin consultant de l'empereur d'Allemagne, Mercuriali pouvait se permettre quelque incertitude dans ses pronostics. C'est assez de se montrer sévère pour les infimes de la profession : ceux-là, petits médecins sans nom, n'ont qu'à se tenir, rien ne leur est pardonné. Sans doute le grand-duc de Toscane jugea-t-il Mercuriali au-dessus de toute attaque, car il le sollicita de se rendre à Pise où lui étaient offerts deux mille écus d'or d'appointements. La ville de Forli, où était né Mercuriali, à son tour, pensa comme le grand-duc de Toscane, et à la mort du professeur, survenue en 1606, elle n'hésita pas à lui ériger une statue sur la place publique. Dans ce temps-là, c'étaient les médecins que l'amour-propre local coulait en bronze.

Un autre motif encore que les honneurs dont il était comblé maintint la célébrité de Mercuriali. On lui savait une immense érudition. Il lisait les anciens dans les manuscrits originaux, publia une critique des écrits d'Hippocrate, se montra philologue exercé. Des traités sur la gymnastique, les maladies de la peau, des femmes, des enfants, étaient signés de son nom : le très illustre et éminent Mercuriali, annonce le titre imprimé en caractères rouges.

Comment un homme qui lisait le grec et écrivait tant, n'eût-il pas joui d'une considération extraordinaire ? Dans ces premières années de la Renaissance, si féru était-on des anciens que la gloire allait tout naturellement à leurs commentateurs, et Mercuriali a été un des plus distingués parmi ceux-là.

Il n'est même guère resté que cela. Des compilations qu'il accumulait ne se dégageait aucune impression personnelle : seulement ce qu'il perdait en originalité, il le récupérait en citations. Les pratiques des anciens nous sont révélées par les détails qu'il nous en fournit, et l'histoire trouve nombre de renseignements colligés dans ses livres.

Aussi bien est-ce la seule notoriété à laquelle puissent aspirer les esprits d'une initiative trop mesurée, vivre par ce qu'ils rapportent des autres. Mercuriali l'a-t-il compris ? Son instinct le poussait à écouter aux portes du voisin, en sorte que sa renommée a tiré profit de son indiscrétion.

II

Prétendre pourtant que Mercuriali n'a rien observé par lui est exagéré. Il a conclu à la contagiosité de la coqueluche, recommandé l'ablation complète de la grenouillette de façon à en éviter la récidive. La tumeur était soulevée avec une érigne et sa base coupée à coups de ciseaux. De-ci, de-là, on tombe sur une remarque ingénieuse : l'hypochondrie est attribuée aux progrès du luxe; le sang menstruel est chargé d'une fonction d'élimination; retenu dans l'organisme, il engendre la mélancolie. On sait que dernièrement Charrin faisait intervenir la suppression des règles comme un facteur pathogénique de la chlorose. Après trois siècle reparaît la théorie dépuratrice du sang menstruel.

Une fièvre pétéchiale grave sévit à plusieurs reprises dans le cours du XVIe siècle. Au début par prostration et coma, succédaient des pétéchies qui apparaissaient au milieu des sueurs, du second au troisième jour. Des buhons, pleurésies, parotidites, de la diarrhée aggravaient souvent le pronostic. Mercuriali, qui avait soigné nombre de ces malades, prescrivait la saignée, le petit lait, les acides et les vésicatoires.

En général, sa thérapeutique est inspirée par les Arabes et ses formules sont d'une complexité hérissée de subtilités.

Contre l'iléus sont préconisés la saignée, les ventouses sur les hanches, les purgatifs avec des feuilles de séné.

Des suppositoires sont indiqués. On y incorporera du nitre, du sel gemme, de l'ellébore blanc et noir, de la coloquinte.

Le diabète qui se traduit par une émission exagérée des urines est localisé dans les reins. L'alimentation dans cette maladie devra être surveillée avec attention : le pain sera fait de la fleur de farine; on mangera de la chair de veau châtré, du chevreau, de préférence les pieds et la cervelle de ces animaux. Les œufs à la coque conviennent; de même la chicorée, la laitue, les infusions de nymphéa, de plantain, de roses rouges, de ronces dont les propriétés astringentes raffermissent les reins.

Dans l'ictère, la saignée est requise. Il existe une pléthore des veines ou du foie : c'est la veine interne du bras droit qui sera ouverte. Le malade boira des purgations ainsi composées : casse ou séné, une once; diaphœnix, une demi-once; rhubarbe, une demi-drachme. Des infusions d'absinthe, de cuscute, d'eupatorium seront administrées comme adjuvants.

Mercuriali consacre un long chapitre à ce qu'après Galien il

dénomme les tumeurs de la rate. Déjà, le médecin de Pergame avait insisté sur les deux formes que revêtent ces soi-disant tumeurs : la forme squirrheuse, la forme flatulente. Il conseillait d'arroser d'absinthe la partie affectée et d'appliquer à son niveau un emplâtre de soufre et d'alun ou une vessie remplie d'écume de sel. Souverain, ce dernier remède, contre les squirrhes de la rate. Mercuriali opinait, lui, pour le lait de chamelle, vanté par les Arabes, les liniments et emplâtres émollients, les purgatifs répétés (coloquinte, ellébore, euphorbe) ; la tumeur qui naissait des gaz s'accommodait plus spécialement des poudres stomachiques : anis, une once et demie ; poivre blanc, pyrèthre, une drachme ; semences de rue, de nigelle, un scrupule. Broyer le tout, sécher, ajouter du sucre, à prendre par pincées dans un peu de vin.

Rien qui semble bizarre comme la conviction que les symptômes combattus appartenaient à une tumeur de la rate. Il s'agissait, en réalité, de tout autre chose : la contraction des muscles droits, les dyspepsies gastriques ou intestinales avec ballonnement gazeux, les tumeurs de l'estomac, très rarement sans doute, les tumeurs de la rate réalisaient les frais du syndrôme décrit sous ce nom élastique de tumeur de la rate. Et cependant, les anciens formulaient leur diagnostic en toute assurance. « S'il est une tumeur qui puisse être reconnue par des signes évidents, c'est bien celle-là », annonçaient-ils sans hésitation. Une tumeur dure et sans chaleur sous les côtes gauches, cette constatation suffit. La rate est atteinte. Aussi assuré que le diagnostic, se montre le pronostic. Bénin chez les enfants, il est fatal chez le vieillard.

A songer que, tour à tour, Arétée, Galien, Cœlius Amelianus, Rhazès, pour ne citer que quelques-uns, à songer qu'ils ont accepté sans discussion l'autonomie de cette espèce morbide, on reste confondu de l'aberration clinique qui leur faisait étiqueter sous une rubrique unique des états si divers. Cœlius Amelianus allait jusqu'à déclarer qu'un des signes des tumeurs de la rate était la multitude des poux : à quoi Mercuriali répond sagement que l'infaillibilité de ce signe ne lui paraît pas démontrée. On sait, en effet, que les maladies de la rate engendrent une humeur mélancolique et que les poux naissent d'une humeur différente de celle-là.

Ne rions pas de ces erreurs ; en science, rien n'est ridicule. Peut-être bien avons-nous dans notre nosologie des cases aussi mal disposées que celle qui emboîtait les tumeurs de la rate. Nous raisonnons comme les anciens et croyons à la valeur des appellations morbides : quelques symptômes collectés et une maladie est créée. La pathogénie n'est pas toujours très nette ni univoque. Pareille difficulté n'arrête pas l'élan communiqué. Un cadre est arrêté ; il faut le remplir. On fouille entre les symptômes ceux qui s'adaptent le moins malaisément à cette nouvelle prison nosologique. Pendant cinquante, cent, près de deux mille ans, comme pour les tumeurs de la rate, la maladie classée, définie, isolée de ses congénères, a droit de vie ; puis un jour vient que la malheureuse se démembre. Ironie déconcertante, cette maladie démontre dans sa mutilation qu'on avait baptisé une chose qui n'existait pas.

III

Sans doute les changements politiques ont leur répercussion dans les idées. L'histoire témoigne des reculs ou des progrès que la civilisation concomitante fait subir à la science. En médecine, surtout, éclate cette influence du milieu : pas de marche en avant tant qu'une nation n'est pas équilibrée dans une organisation hiérarchique où s'accomplit, sans qu'elle soit dérangée, la division du travail.

Seulement on ébaucherait très incomplètement le chapitre qui, dans l'exposé des conditions auxquelles a été subordonnée la médecine, négligerait ce facteur essentiel qu'est l'individu luimême.

L'action de Mercuriali sur ses contemporains est tout entière dans son tempérament et celui-ci est resté indépendant d'événements extérieurs quelconques. Travailleur, Mercuriali n'a songé qu'à satisfaire son goût pour le travail : non pas travail original, mais compilations laborieuses aidées de l'échelle qui descend des combles les livres poudreux des bibliothèques. C'est ainsi qu'il a commenté Hippocrate, non qu'Hippocrate l'eût ébloui dans son resplendissement d'observation génial, mais parce qu'Hippocrate il y avait sous forme de manuscrits touffus et non vérifiés.

Aussi Mercuriali a-t-il continué de pratiquer suivant les doctrines des Arabes malgré sa connaissance de la doctrine hippocratique qui n'avait servi qu'à favoriser pour un moment son instinct de bibliophile.

Les successeurs de Mercuriali n'en ont pas jugé ainsi. Mis au point par le professeur de Padoue, son Hippocrate a servi à la résurrection hippocratique du XVIe siècle. Inconsciemment, en obéissant à sa passion de commentateur, Mercuriali a fait progresser la science. Il avait répandu des principes dont lui-même n'avait pas saisi la portée.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Anévrysme disséquant.

Neimell rapporte un cas de mort subite, où sans l'autopsie le diagnostic n'aurait certainement pas été fait. Un malade d'une cinquantaine d'années entra à l'hôpital pour fatigue, lassitude, oppression, difficulté de marcher. On examine ce malade, et l'on trouve un homme se mouvant difficilement, ayant de la peine même à s'asseoir sur son lit. Il parlait lentement, respirait avec efforts. A l'auscultation, l'on n'entendait qu'un affaiblissement du murmure vésiculaire, sans bruits anormaux. Les jambes étaient un peu enflées, le cœur avait des bruits assourdis.

Le diagnostic porté, sauf examen ultérieur, fut celui d'emphysème avec cœur fatigué consécutivement, et imminence de troubles sérieux du côté de la petite circulation. Les choses étatient stationnaires, quand subitement le malade mourut.

A l'autopsie on vit un énorme anévrysme disséquant, s'étendant depuis le haut de la crosse de l'aorte jusqu'à niveau du diaphragme, et même plus bas. Il avait donc évolué d'une façon presque absolument latente, car on n'avait pas déconvert de signe pathognomonique d'anévrysme. Il n'est pas impossible toutefois que, si le malade était mort plus tard après son entrée à l'hôpital, un examen plus complet n'eût permis de le soupçonner. Mais cette mort subite par anévrysme disséquant est un de ces exemples où l'on se croit en présence de malades atteints de maladies chroniques, longtemps compatibles avec la vie, et où une mort subite vient montrer l'erreur de diagnostic et de pronostic commise. A ce titre, cette observation devait être signalée.

Hémiplégie collatérale.

M. Ledderhose *(Archiv. für klin. Chir.)* rapporte l'observation d'un malade qui, après un violent traumatisme ayant porté sur la tête, resta quelque temps sans connaissance, perdit du sang par les oreilles et, onze jours plus tard, tomba dans le coma.

A ce moment, il a une hémiplégie droite avec paralysie faciale du même côté.

On se décide à la trépanation qu'on fait à gauche, mais elle ne révèle rien à la dure-mère située du côté gauche. Le malade meurt néanmoins et l'autopsie montre un hématome sous la dure-mère du côté droit. Toute la moitié antérieure de l'hémisphère droit était comprimé.

Le fait est intéressant en ce sens qu'une lésion de l'hémisphère droit peut donner lieu à une hémiplégie du même côté, une

hémiplégie droite. Si la trépanation avait été faite du côté droit, on aurait pu sauver le malade, le cerveau n'étant nullement atteint.

Ledderhose a réuni quarante-huit cas semblables, où l'hémiplégie siégeait du même côté que la lésion. Il en tire cette conclusion pratique que si l'on est en présence d'un cas d'hémorrhagie intra-crânienne et que si la trépanation ne montre pas d'épanchement sanguin sous la dure-mère, du côté où on le trouve ordinairement, l'on ne doit pas hésiter à faire la trépanation du côté opposé, à cause de la possibilité des hémiplégies collatérales.

Mais la clinique elle-même, d'après l'auteur, serait à même de renseigner sur ces hémiplégies collatérales. Il serait facile, en effet, paraît-il, de connaître le côté occupé par l'épanchement intra-crânien, en se basant sur les deux signes suivants : dilatation de la pupille ou stase de la pupille constatée à l'ophtalmoscope. D'après l'unilatéralité de ces deux signes, on peut, en effet, savoir de quel côté siège la lésion cérébrale.

En tous cas, le fait offre non seulement un grand intérêt pratique, mais constitue une curiosité clinique peu fréquente, puisque l'auteur n'en a relevé que 48 cas. Disons, d'ailleurs, que différentes lésions cérébrales, comme hémorrhagie, hématome, abcès du cerveau, peuvent s'accompagner d'hémiplégie collatérale.

ANGLETERRE

Emploi du sérum antistreptococcique.

Le *British Medical Journal*, dans un des ses récents numéros, rapporte deux cas où fut employé le sérum antistreptococcique, dans des conditions différentes et avec des résultats différents.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un phlegmon diffus du cou et de la face. On avait déjà utilisé tous les traitements praticables en la circonstance. Le mal empirant toujours, l'auteur, **F. Heatherley**, eut recours au sérum antistreptococcique de Marmorek. Une amélioration survint bientôt, surtout localement. En effet, les phénomènes de cellulite s'amendèrent incontestablement, l'œdème diminua notablement. Néanmoins, l'état général du malade n'était pas en aussi bonne voie de guérison que l'état local.

Cependant, après quelques jours de ce traitement par le sérum, le malade sembla même relevé dans son état général, mais il n'allait pas à la selle. Force fut donc à l'auteur de prescrire des purgatifs, du calomel et de l'huile de ricin. Tous ces purgatifs ne produisirent pas l'effet qu'on en attendait, mais quelque temps après leur administration se montra une diarrhée à caractère infectieux et tout à fait incoercible. C'est cette diarrhée qui emporta le malade.

A ce moment, l'état du malade, quoique encore peu brillant, semblait néanmoins se relever, et peut-être aurait-on pu espérer la guérison sans l'apparition de cette diarrhée.

Ajoutons encore que l'examen bactériologique de cette cellulite diffuse fut fait, et que la sérosité purulente obtenue par une incision ne contenait que des staphylocoques blancs.

Le second cas que rapporte le *British Médical Journal* est dû à **Steele**. Ici, il s'agit d'un érysipèle à allure très grave guéri par le sérum antistreptococcique de Ruffer et de Robertson.

Un enfant de trois semaines avait un érysipèle de l'ombilic à marche rapidement envahissante, et ayant gagné en peu de temps l'hypogastre, les fosses iliaques, le haut des cuisses, les fesses ; le pénis et le scrotum eux-mêmes étaient tuméfiés. L'ombilic n'était pas encore cicatrisé.

L'enfant avait une température de 38°8 et son pouls battait cent cinquante pulsations. Il refusait le sein ; en un mot, son état pouvait sembler désespéré.

On commença par faire une injection de sérum de six centimètres cubes entre les deux épaules. Cette seule injection produisit déjà de bons résultats : l'enfant avait repris le sein, l'amélioration générale était sensible, mais il n'y avait encore que peu d'amélioration locale. Après une seconde injection de six centimètres cubes, l'amélioration était bien plus marquée. La température était de 37°7. Deux jours plus tard, l'enfant allait bien.

Cependant, en même temps que cette première atteinte d'érysipèle guérissait, apparurent deux nouvelles plaques d'érysipèle, l'une à la cuisse gauche ; l'autre, qui était sphacélée, se montra sur le scrotum.

Après une nouvelle injection de cinq centimètres cubes, ces deux plaques elles-mêmes disparurent ; l'eschare scrotale s'était limitée, et elle ne tarda pas à s'améliorer.

Le fait peut être considéré comme un succès complet pour le sérum antistreptococcique.

Telles sont les deux observations rapportées par le *British Medical Journal*. En ce temps où le sérum antistreptococcique commence à trouver de si heureuses applications, elles méritaient d'être rapportées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril. — Présidence de M. Delens.

Du traitement de l'ostéite tuberculeuse par les injections intra-osseuses de salol iodoformé.

M. Reynier. — Devant un foyer de tuberculose osseuse au début et parfaitement limité, nous hésitons tous pour intervenir, ou bien nous intervenons avec regret, parce que nous ne savons jamais combien de temps durera la cicatrisation de l'os que nous devons trépaner. De plus, il nous est absolument impossible de limiter notre intervention, surtout quand nous opérons sur le tissu spongieux d'une diaphyse. Nous avons tous l'habitude de n'abandonner la curette que lorsque nous commençons à éprouver quelque résistance pour cureter plus loin. En vérité, il n'y a dans notre traitement habituel de la tuberculose osseuse aucune certitude, ni dans notre procédé opératoire ni dans les chances d'une guérison définitive. Chacun de nous a vu des malades revenir, quelques mois après une première intervention, soit avec des nouveaux foyers d'ostéite suppurative, soit avec une fistule persistante ; et nous savons, enfin, quels peuvent être les inconvénients de cette suppuration prolongée : telle l'hypertrophie de l'os qui, dans certains cas d'ostéite tuberculeuse de la malléole interne chez les enfants par exemple, est capable de nuire à la fonction du pied.

Nos hésitations, je le répète, sont donc bien motivées. Il est juste de penser, toutefois, que le succès serait mieux assuré si l'on savait limiter son intervention. C'est dans ce but que j'ai appliqué dernièrement la thérapeutique que voici :

En 1893, j'ai fait devant vous, une communication sur cette propriété que possède le salol de se liquéfier à des températures relativement peu élevées (40 ou 41°). Si donc, on mélange au salol certains corps antiseptiques, tels que l'iodoforme, le naphtol, ces substances pourront être injectées dans la profondeur des os.

J'ai donc trépané les os aux foyers d'ostéite tuberculeuse. Je me suis servi du trépan de Schwalbe que M. Kirmisson et moi nous sommes, je crois, les seuls à utiliser à Paris. Ce trépan a l'avantage de faire sortir la poussière osseuse au fur et à mesure qu'on opère, et de ne laisser aucune parcelle dans le trou que l'on a créé. Cela fait, j'ai soigneusement nettoyé le foyer trépané au naphtol camphré ou bien à l'éther iodoformé. Puis, j'ai injecté du salol iodoformé liquéfié. Bientôt, le salol iodoformé, se cristallisant, a rempli la cavité et s'est infiltré dans les mailles voisines du tissu spongieux. Finalement, j'ai obtenu, ainsi, un vrai *plombage* de l'os, analogue au plombage de la dent cariée,

Mais c'est un plombage antiseptique et qui assure l'antisepsie du tissu spongieux limitant la cavité.

Par ce procédé, j'ai opéré six malades dont je vous rapporte les observations. Deux de mes malades, âgés de treize et de seize ans, présentaient un point douloureux parfaitement limité et localisé sur la tubérosité antérieure du tibia. Il n'y avait pas de doute qu'il ne s'agît là d'un foyer d'ostéite tuberculeuse. Ces malades étaient fils de tuberculeux, avaient des lésions tuberculeuses aux sommets des poumons et présentaient, enfin, le facies tuberculeux. J'ai donc trépané la tubérosité antérieure du tibia sur une profondeur de deux centimètres. J'ai rempli la cavité avec du salol iodoformé, la cicatrisation s'est faite au bout de huit jours et la plaie a réuni par première intention. Ces malades ont été revus et la guérison persistait.

Chez une femme de trente ans, déjà opérée par moi pour fistule à l'anus et entrée de nouveau dans mon service pour un point douloureux au niveau de la partie supéro-externe du fémur, sur le grand trochanter, j'ai appliqué deux couronnes du trépan de Schwalbe en deux points différents de la crête iliaque du même côté, puis, j'ai trépané le grand trochanter douloureux. Toutes ces cavités ont été remplies de salol iodoformé. Il y a eu, de même, réunion par première intention et guérison.

Chez une quatrième malade, opérée de la même façon, sur la diaphyse du fémur, il a persisté après l'opération un léger gonflement et, comme je n'ai pas revu la malade, je n'ose affirmer sa guérison.

Chez un cinquième malade, opéré comme la troisième, le résultat a été aussi parfait.

J'ai enfin un sixième cas, sur lequel je dois insister. C'est un homme que j'ai opéré, il y a deux ans, avec le salol iodoformé pour ostéite tuberculeuse du tibia. Auparavant, j'avais déjà traité son tibia par les procédés habituels (curettage, éther iodoformé, gaze iodoformée) et il m'était revenu, deux mois après, comme ont coutume de revenir les malades de ce genre, parce qu'il suppurait encore. Or, j'ai pu faire l'autopsie de la jambe de ce malade, que M. Le Dentu avait été obligé d'amputer à l'hôpital Necker pour ostéite tuberculeuse diffuse du tibia. J'ai retrouvé, absolument intact, le bloc de salol iodoformé que j'avais injecté deux ans auparavant. Bien plus, le tissu osseux voisin de ce bloc n'avait pas été atteint par la lésion tuberculeuse qui avait nécessité l'amputation.

Pour conclure, il me paraît y avoir, dans le traitement des foyers de tuberculose osseuse nettement localisés, un excellent moyen d'obtenir une guérison rapide sans récidive et de faire un plombage antiseptique de l'os malade.

M. Félizet. — Avec quel appareil M. Reynier a-t-il pratiqué ces injections ?

M. Reynier. — J'ai coutume d'attendre que le salol iodoformé ait une consistance sirupeuse et je le verse alors tout simplement dans l'os perforé.

M. Félizet. — J'ai tenté d'injecter, expérimentalement, sur le cadavre, des liquides dans le tissu osseux. J'ai été frappé de la grande difficulté que l'on éprouve à faire pénétrer ce liquide, malgré une pression égale à 120 centimètres cubes de mercure.

Il me paraît que l'opération pratiquée par M. Reynier pourrait être appelée un évidement économique. Mais, tout en admirant les résultats obtenus par M. Reynier, je ne crois pas que le salol ait produit, à lui seul, les bons effets qui lui sont attribués. Le salol a pu agir, je le veux bien, dans les premiers jours après son injection, mais dans la suite, il s'est comporté uniquement comme un corps étranger aseptique.

M. Routier. — Je crois aussi que le salol n'est pas la partie la plus active du traitement institué par M. Reynier.

Ce n'est pas une thérapeutique nouvelle d'avoir essayé d'obturer les foyers de tuberculose osseuse. Déjà, en 1885, Schede avait employé pour obturer les os le procédé du *caillot humide*. Moi-même, je m'étais conformé à cette pratique et j'avais même obtenu quelques bons résultats. Plus tard, on a essayé de *plomber* les os avec des alliages et même avec du plâtre.

Mais pour en rester au procédé de M. Reynier, il me semble juste de dire que les bons résultats qu'il a obtenus sont plutôt le fait des soins d'antisepsie qu'il a pris que de l'injection du salol.

M. Reynier. — J'ai moins cherché à injecter du salol dans l'os, comme paraissait le croire M. Félizet, qu'à faire du salol un moyen de défense permanent de l'os contre la tuberculose.

A M. Routier, je dirai que mon salol iodoformé ne semble pas jouer le rôle d'un corps étranger. Enfin, si je l'ai employé, c'est que j'ai vu dans lui seul le moyen de manier un corps liquéfié et capable de se durcir rapidement.

M. Quénu. — Le procédé de M. Reynier me rappelle cette pommade iodoformée que M. Reclus avait coutume de laisser dans les cavités osseuses évidées. M. Reclus n'a jamais obtenu de bons résultats.

Pour ma part, je crois que si l'évidement osseux est fait d'une manière complète, la cavité se comblera vite, surtout chez les enfants. J'ai souvent été témoin de ce fait en opérant l'ostéite tuberculeuse du calcanéum.

Mais si l'évidement est incomplètement fait, n'importe quel corps, injecté dans la cavité, ne saurait empêcher la récidive.

Luxations congénitales de la hanche.

M. Broca. — Avant d'étudier les indications thérapeutiques auxquelles il faut obéir en face d'une luxation congénitale de la hanche, le chirurgien doit se demander quelle est la nature de cette lésion. Verneuil, en effet, a prétendu en 1866 qu'il s'agissait non pas d'une malformation congénitale, mais d'une luxation paralytique acquise. D'où cette conclusion que l'électrisation des muscles fessiers, l'hydrothérapie locale et un traitement tonique général constituent pour cette affection une thérapeutique efficace. Les médecins seraient donc impardonnables de laisser évoluer jusqu'au degré où nous les voyons quotidiennement ces lésions si faciles à guérir d'après les affirmations de M. Verneuil.

Ils sont heureusement excusables, car, en réalité, il s'agit d'une malformation de la hanche; en général, on ne la reconnaît pas avant la marche; puis, lorsque le membre doit supporter le poids du corps, la jointure où tout buttoir osseux fait défaut à la tête subit une luxation progressive, d'ordinaire en arrière, quelquefois en avant. Il est alors assez fréquent que les luxations en avant se fixent assez bien et donnent au corps un appui assez solide pour un fonctionnement convenable du membre, mais le fait est exceptionnel pour les luxations postérieures.

Ce défaut de fixation de la tête est ici nettement capital, et pour rendre la démarche particulièrement oscillante et disgracieuse, et pour rendre la marche particulièrement pénible et fatigante. De là on doit immédiatement conclure qu'il ne suffit pas, pour arriver à un résultat thérapeutique favorable, de réduire la tête, mais qu'avant tout il importe de la fixer. C'est de la sorte qu'il faut juger les différentes tentatives des orthopédistes et des opérateurs.

Le traitement orthopédique consiste d'abord dans la réduction obtenue par des manœuvres diversement réglées. Mais que peut être cette réduction ? Au début, elle est possible, car souvent il y a un cotyle assez large mais plat. Toutefois, même lorsqu'au début existe cette disposition relativement favorable, la réduction ne tarde pas à devenir en réalité impossible dans un cotyle devenu définitivement trop étroit pour recevoir la tête : par l'extension, on peut seulement abaisser la tête en face du cotyle, par certaines manœuvres telles que celles de Paci, de Lorenz — pour ne parler que des auteurs modernes — on peut faire entrer le pôle fémoral dans le cotyle rétréci.

Mais quelle que soit la forme du cotyle, large et plat ou rétréci, une fois cette pseudoréduction obtenue la contention est impossible : toujours manque le buttoir osseux capable d'arrêter l'ascension de la tête. Lorsqu'après une immobilisation prolongée

vec extension on fait lever l'enfant, on croit souvent avoir obtenu une amélioration. on constate toujours qu'avec la marche se produit la récidive. Cette immobilisation dans le décubitus doit donc être repoussée. Mais depuis peu de temps a surgi une méthode où, après avoir réduit la tête, Lorenz fixe le membre dans l'abduction, avec un appareil plâtré et pendant plusieurs fois fait marcher l'enfant de la sorte. Il espère qu'ainsi, sous la pression que provoque la marche, la tête se creusera une cavité capable à la fois de la contenir et de la maintenir.

Quoique, dans mes permiers essais, j'aie observé, ici aussi, la récidive après une amélioration apparente, je continue ces tentatives, qui, pour les luxations unilatérales, permettent la marche et n'ont aucun inconvénient et peut-être, quand la technique sera perfectionnée, aurons-nous un moyen sinon de guérir, au moins d'améliorer la luxation encore souple des enfants encore jeunes.

Mais pour les enfants ayant passé 4 à 5 ans, lorsque déjà la contracture s'est mise de la partie, lorsque la réduction — même avec les réserves que je viens de faire — est devenue impossible en raison des déformations osseuses, alors se pose très nettement l'indication d'une intervention opératoire pour obtenir la réduction dans un cotyle artificiellement creusé à la place du cotyle déshabité.

Des méthodes sanglantes, les unes, telles que la résection de la hanche, ne m'ont pas donné de bons résultats.

Hoffa, le premier, a montré que l'on pouvait rentrer la tête dans le cotyle creusé à la place de l'ancien. Ce qui empêche, disait-il, la tête de descendre, c'est la rétraction des muscles pelvitrochantériens, et il les désinsérait tous, même les fessiers.

Par contre, Lorentz a fait voir que cette rétraction n'était pas accusable, mais il a montré que les fessiers étaient des muscles absolument nécessaires à la fonction de la hanche; de là, la nécessité de ne pas les entamer.

M. Broca termine en disant qu'il va modifier lui-même son procédé d'ostéotomie temporaire du grand trochanter et adopter le procédé de Lorentz, qui permet de mieux drainer. Il ajoute que, la septicémie étant une complication grave des opérations de ce genre, pour le moment, il faut tout faire pour l'éviter et choisir avant tout une conduite opératoire qui puisse vous mettre à l'abri de cette complication.

Quant aux résultats de l'intervention chirurgicale dans les luxations congénitales de la hanche, ils peuvent être considérés au point de vue de l'art et au point de vue de la fonction. Le premier point de vue n'oblige pas le second et inversement. La fonction consiste dans le maintien solide et durable de la tête dans le cotyle. C'est un résultat que l'on peut atteindre sans ménager l'esthétique de la hanche, mais c'est le premier but qu'il faut viser.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Présentation de malades.

M. Kirmisson présente une enfant qu'il a opérée pour imperforation anale par le procédé de Nélaton.

M. Pozzi insiste sur la nécessité qu'il y a de décoller le rectum très haut pour faciliter sa descente quand on fait cette opération.

M. Berger présente un malade atteint de fracture suscondylienne du fémur, qui a parfaitement guéri grâce à l'emploi de l'appareil à extension continue de M. Hennequin. Il n'existe pas de raccourcissement du membre, et le col est peu volumineux.

M. Gerard Marchand. — J'ai actuellement dans mon service un malade qui a eu une fracture de l'extrémité inférieure du fémur. Il a été traité ailleurs pendant cinq mois. Le résultat obtenu est défectueux, tant au point de vue du col qu'au point de vue de la fonction.

Je suis convaincu que l'on aurait obtenu plus de succès avec l'appareil de M. Hennequin.

M. Berger. — Je déclare que l'appareil de M. Hennequin est parfait pour ce genre de fractures dont le pronostic, autrefois si mauvais, doit être, de ce fait, considérablement amélioré.

M. Delorme. — J'ai vu des fractures de l'extrémité inférieure du fémur guérir avec l'application d'appareils autres que l'appareil de M. Hennequin.

M. Kirmisson. — Je m'associe à mes collègues, MM. Berger et Gérard-Marchand, pour dire que l'appareil de M. Hennequin est l'*appareil de choix* dans le traitement des fractures suscondylienne du fémur.

M. Pozzi. — Le remarquable rapport fait par M. Quénu, à la dernière séance, sur le traitement chirurgical du cancer du rectum (voir *Gazette Médicale* du 28 mars 1896) m'engage à vous présenter une malade sur laquelle j'ai pratiqué une opération de Kraske pour un cancer du rectum, remontant presque jusqu'à l'extrémité supérieure de ce canal. L'opération est faite depuis deux ans et un mois. Deux points méritent d'être signalés au sujet de cette malade:

a) Il y a eu un rétablissement complet des fonctions anorectales, sans aucune récidive de cancer. Il subsiste seulement une légère plicature de la muqueuse rectale au niveau de la suture. Aussi les matières sortent-elles légèrement rubanées.

b) Cette malade était cachectique il y a deux ans. aujourd'hui elle a engraissé et se porte bien. Cela prouve que l'on est en droit de tout tenter chez un malade atteint de cancer du rectum.

M. Quénu. — M. Pozzi a raison. Il semble que le cancer du rectum soit particulièrement guérissable quand on l'opère à temps et d'une manière complète. Il y a des observations allemandes où la guérison date de huit et dix ans. Moi-même j'ai revu, ces derniers temps, un malade que j'ai opéré il y a six ans, et qui se porte bien. Je ne puis donc approuver M. Félizet quand il me disait l'autre jour: A quoi bon opérer les cancers du rectum puisqu'ils doivent récidiver et mourir peu de temps après l'opération ? A la vérité, je le répète, ces malades sont tellement malheureux qu'il faut tout tenter pour les améliorer, et, non seulement on les améliore, mais leur guérison semble se maintenir dans un grand nombre de cas.

M. Chaput. — J'ai, comme M. Quénu, un malade opéré d'un cancer du rectum depuis six ans et dont la guérison se maintient.

Présentation de pièces.

M. Rochard présente une pièce de grossesse extra-utérine de deux mois et demi avec fœtus vivant.

M. Schwartz présente une photographie de la main obtenue par les rayons de Rœntgen. Cette photographie faite par M. Chapuis, professeur à l'Ecole centrale, a permis de découvrir, placée entre deux métacarpiens, une aiguille que l'on supposait sortie depuis longtemps.

La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 15 avril 1896.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1896.

Bronchites infantiles traitées par la balnéation chaude.

M. Renaut (de Lyon) étudie dans une communication les différentes formes de bronchites, qu'il divise en bronchites superficielle, diffuse, capillaire et bronchopneumonie.

Etudiant particulièrement la question au point de vue thérapeutique, l'auteur dit que la bronchite diffuse, à température montant au delà de 39°, à râles secs, est justiciable de bains à 38°, administrés chaque fois que la température rectale, prise toutes les trois heures, dépasse 39°. La balnéation abaisse la température, et est continuée jusqu'à cessation de la fièvre. Seule la quinine lui est adjointe, comme tonique, sous forme de sulfate ou bromhydrate en suppositoires.

Quant à la bronchite capillaire, elle est également traitée avec avantage par les bains chauds. Cette forme de bronchite se caractérise par l'apparition de deux ou trois accès quotidiens atteignant 40° et au delà. Au début de l'accès, il faut donner un bain; un second est administré, si la fièvre persiste, de façon à couper l'accès.

Absorption médicamenteuse par la peau saine.

MM. Linossier et **Launois.** — Les médicaments s'absorbent peu par la peau; mais il faut noter que cette absorption se fait par une peau au niveau de laquelle les médicaments ont produit au préalable différentes altérations.

Ainsi, l'acide salicylique s'absorbe assez bien par la peau sous forme de badigeonnages cutanés. Cette absorption évite même les inconvénients ordinaires du salicylate de soude. De même les corps volatils s'absorbent facilement par la peau.

Certaines formes sont plus facilement absorbées par la peau que d'autres. Ainsi l'acide salicylique est plus facilement absorbable à l'état de salicylate de méthyle, corps plus volatil.

Un autre avantage de cette absorption est d'être régulière. On peut faire un dosage précis de l'action thérapeutique d'un corps par cette méthode.

De la chalicoanthracose.

M. Lancereaux prend la parole au sujet d'un travail de M. Lemaistre (de Limoges) sur la chalicoanthracose, c'est-à-dire sur une sclérose pulmonaire fréquente chez les tourneurs de porcelaine. Cette affection se traduit par une rétraction des adhérences, une sclérose du poumon, où sont disséminés les noyaux caséeux. On y voit des travées scléreuses, des travées bleuâtres ou noirâtres. Les alvéoles pulmonaires sont revenues sur elles-mêmes et se sont remplies de particules inorganiques, avec cellules épithéliales desquamées. Enfin, autour des alvéoles rétractées, se trouve une couronne de particules noires, charbonneuses.

Ces lésions sont marquées surtout au sommet du poumon. C'est là surtout que les poussières minérales exercent leur action sclérogène.

Cette affection entraîne en moyenne la mort entre cinquante et soixante ans.

De l'appendicite.

M. Le Dentu revient sur la question de l'appendicite, traitée dans la dernière séance par M. Dieulafoy. Comme ce dernier, l'orateur élimine la typhlite primitive. Mais il ne croit pas que l'inflammation de l'appendice doive être attribuée à un rétrécissement d'origine calculeuse. Il suppose qu'une inflammation a dû précéder le rétrécissement, que ce soit une folliculite ou une inflammation du tissu conjonctif. Enfin l'hérédité existe dans 40 0/0 des cas, comme Roux l'a montré.

Quel est le mode d'intervention en présence d'un cas d'appendicite ? Dans les cas ordinaires, quand rien n'indique la septicémie, la maladie peut-être laissée livrée à elle-même. en général, la période aiguë guérit. Ce qui est plus délicat, c'est la conduite qu'il convient de tenir une fois la période aiguë passée. Faut-il enlever l'appendice, pour éviter ainsi toute récidive ?

Des rechutes sont en effet le plus souvent à craindre, bien que l'appendicite puisse définitivement guérir après une seule poussée. De plus, l'intervention à froid n'est pas dangereuse, et l'appendice est facile à réséquer, quand les fausses membranes sont résorbées, ce qui arrive après cinq ou six semaines.

S'il se fait une réaction péritonéale nette, sans péritonite généralisée, il se forme le plus souvent un abcès. C'est à la fin de la période aiguë, quand l'abcès est formé, qu'on réséquera l'appendice, sans détruire les fausses membranes.

Certaines formes d'appendicite doivent au contraire être traitées rapidement. Ce sont celles qui s'accompagnent de péritonite généralisée, celles qui se traduisent par des phénomènes de septicémie péritonéale. C'est dans ces cas que l'on voit la discordance du pouls et de la température, l'hyperesthésie de la zone buccale, le refroidissement des extrémités, la teinte cyanosée des ongles, la teinte histrée de la face. Ces formes dépressives doivent être opérées sans retard.

Photographie intra-utérine.

M. Pinard présente une note sur la photographie intra-utérine par les rayons de Rœntgen, et montre la photographie d'un fœtus à terme dans l'utérus d'une femme morte d'éclampsie, et la photographie de plusieurs fœtus dans un utérus de cobaye femelle vivante.

M. Mossé lit une note sur la natalité, la mortalité et l'immigration de la ville de Toulouse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars.

Ictère grave hyperthermique dans un cas de cancer secondaire du foie.

M. Hanot rapporte l'observation d'une femme atteinte de cancer secondaire du foie qui mourut après avoir présenté pendant quelques jours les symptômes de l'ictère grave hyperthermique. L'examen bactériologique du sang décela la présence du streptocoque : ce qui vient à l'appui de la classification des ictères graves en ictère grave hypothermique dû au coli-bacille et ictère grave hyperthermique dû au streptocoque.

État gastrique dans l'anémie pernicieuse progressive.

M. Hayem. — Au titre de condition étiologique possible de l'anémie pernicieuse soi-disant protopathique, on a rangé diverses altérations gastriques.

Je viens d'observer 2 malades dont l'examen comparé peut être intéressant à ce point de vue.

Une femme de 60 ans mourut d'une anémie pernicieuse progressive. L'autopsie fut pratiquée.

Les viscères ne présentaient que des altérations insignifiantes, sauf l'estomac, dont la muqueuse était considérablement atrophiée.

Un second malade mourut également d'une anémie pernicieuse; l'examen le plus minutieux de la muqueuse gastrique ne décela aucune altération.

De la comparaison de ces deux faits, on peut conclure que l'anémie pernicieuse peut évidemment s'accompagner de lésions gastriques, mais que ces lésions sont indépendantes et peuvent manquer.

M. Ménétrier. — J'ai observé un cas qui vient tout à fait à l'appui de l'opinion émise par M. Hayem. J'ai pratiqué l'examen histologique de l'estomac d'un malade mort d'anémie pernicieuse protopathique et j'ai trouvé l'estomac parfaitement sain. Je crois même pouvoir avancer que de tous les estomacs que j'ai pu examiner histologiquement, celui-là était peut-être le plus intact.

Aphasie urémique.

M. Rendu. — On a cru pendant longtemps que l'urémie cérébrale devait se manifester par des symptômes ne pouvant reconnaître aucune localisation. Plusieurs exemples cependant vinrent démontrer la possibilité réelle d'une lésion localisée. J'en ai eu récemment une preuve dans mon service.

Un homme de 56 ans est pris subitement d'une attaque apoplectiforme; on l'apporte à Necker. Je le vis le lendemain matin; le malade avait repris connaissance, 3 symptômes attirèrent de suite mon attention : aphasie, monoplégie brachiale droite,

souffle systolique à la base du cœur ; je pensais donc à une embolie partie du ventricule gauche.

Quelques jours après, le malade fut pris sans cause connue d'une dyspnée intense, revêtant bientôt le rythme de Cheyne-Stokes ; urines rares, albumineuses. Une saignée fut pratiquée immédiatement ; l'analyse chimique du sang décela la présence de 75 centigrammes d'urée par litre.

Le diagnostic n'était donc pas douteux : urémie à forme dyspnéique.

Après la saignée, l'état du malade s'améliora ; la dyspnée disparut, la somnolence se dissipa peu à peu ; il ne restait plus aucune trace de l'aphasie, de la monoplégie brachiale, des symptômes urémiques.

Il y eut dans cette observation une corrélation si évidente entre les troubles cérébraux (aphasie et monoplégie) et les troubles d'intoxication urémique qu'il me semble légitime de les englober dans une même pathogénie.

M. Hanot. — Ce fait de l'existence d'aphasies toxiques me paraît pouvoir être rapproché de cet autre fait évident de l'existence de l'aphasie au cours des maladies infectieuses.

Dans la pneumonie, la variole, on voit survenir des accidents semblables et il est légitime de les unir par une pathogénie identique, à savoir l'intoxication.

M. Duflocq. — J'ai pu observer un cas d'aphasie au cours du choléra et à l'autopsie constater l'absence de toute altération au niveau de la troisième circonvolution frontale. Il s'agissait donc d'un fait identique à ceux qu'on vient de citer.

Ostéo-périostites multiples consécutives à la fièvre typhoïde ; absence du bacille d'Eberth dans le pus.

MM. Tuffier et Widal. — Nous venons d'observer chez un ancien typhique trois ostéites suppurées des tibias ayant débuté un mois après la convalescence et ayant évolué d'une façon froide et apyrétique. Le pus examiné 16 mois après le début de la maladie ne contenait pas de microbes. Ces abcès périostiques avaient été incisés à quelques jours de distance, et le pus ensemencé en grande quantité en divers milieux n'avait fourni de culture, ni de bacille d'Eberth, ni d'aucun autre microbe.

Le bacille d'Eberth peut vivre durant de longs mois dans le pus d'une ostéo-myélite typhique et l'un de nous a rapporté précédemment un cas où ce microbe existait encore dans le pus 18 mois après le début de la dothiénentérie. L'observation présente nous montre, contrairement à la règle, l'absence de bacilles d'Eberth dans le pus d'ostéites typhiques devenues processus éteints. Ce microbe avait sans doute fini par mourir dans le pus de ces ostéites, comme le pneumocoque meurt parfois dans le pus de suppurations post-pneumococciques.

Ostéite typhique débutant au cours de la maladie et disparaissant au moment de la défervescence.

M. F. Widal. — Les complications osseuses de la fièvre typhoïde sont presque toujours des accidents tardifs apparaissant en général dans le premier mois qui suit la convalescence. Il semble, comme nous l'avons déjà soutenu ailleurs, que chez un sujet à moitié immunisé par une dothiénentérie qui vient de finir, le bacille d'Eberth puisse encore se multiplier aux points où le hasard l'a abandonné. Si l'immunité est incomplète, elle est du moins suffisante pour donner au tissu osseux la force de résister et de la réaction de ce tissu résulte une inflammation locale phagocytaire qui se traduit cliniquement par l'apparition d'ostéites de types divers.

Il est à la règle des exceptions et nous venons d'observer un cas d'ostéite costale développée non pas dans la convalescence, mais en pleine évolution d'une fièvre typhoïde prolongée, ostéite dont la résolution s'est faite en même temps que la défervescence de la dothiénentérie.

Au vingt-septième jour d'une fièvre typhoïde de forme grave, alors que la température continuait à osciller autour de 39°, on découvre chez notre malade, au niveau de la neuvième côte gauche en arrière, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, une tumeur, grosse comme la moitié d'un œuf de poule et dont le grand axe suit la direction de la côte. Cette tumeur a dans toutes ses parties la dureté de l'os ; elle se confond absolument avec le tissu de la côte et elle est indolente à la pression. La peau, à son niveau, est recouverte d'une tache rouge, lie de vie, à bords irrégulièrement et brusquement découpés.

L'exostose s'accrut encore légèrement pendant les quelques jours qui suivirent son développement, puis elle subit une fonte si rapide durant les derniers jours de la maladie qu'au moment de la défervescence, qui se fit au quarante-et-unième jour, la tumeur osseuse était à peine appréciable. Elle avait complètement disparu quelques jours après le début de la convalescence et sa place resta marquée par un léger affaissement de la côte.

Ce cas est un exemple d'ostéite développée non dans la convalescence, mais dans le cours d'une fièvre thyphoïde ; la rapidité d'évolution de la lésion, sa disparition au moment de la défervescence, aussi bien que sa date d'apparition nous ont paru dignes d'être rapportées. Ces faits qui s'écartent de la règle contribuent à compléter l'histoire déjà si curieuse de ces ostéites typhiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 mars.

Portes d'entrée et action des toxines.

MM. Teissier et Guinard. — Différentes expériences nous ont confirmé que si les toxines pénètrent par la veine porte, la survie des animaux est moindre. On ne peut, d'autre part, que considérer comme hypothétique l'action du foie, exaltant directement la toxicité des sécrétions microbiennes ; mais c'est une supposition s'accordant avec la théorie de Courmont et Doyon, par laquelles les corps morbifiques sont créés par les tissus que les toxines viennent impressionner comme des diastases.

M. Charrin. — Cette dernière théorie n'est pas définitivement établie. Ce n'est pas le temps qui s'écoule entre l'injection et l'éclosion des accidents qui prouve que les toxines agissent à ce titre de diastases, puisque différents poisons ne produisent leurs effets qu'au bout d'un certain temps. Il faut que les désordres aient le temps de se réaliser et cela en dehors de tout processus de diastase.

Cependant, la théorie de MM. Courmont et Doyon paraît juste en principe. Trois grands motifs plaident en sa faveur.

Les corps bactéricides naissent des cellules modifiées par les toxines. Or, les toxines supportent 120 degrés, tandis que les corps sont détruits à 75 degrés.

On sait les changements vitaux qui se produisent dans les viscères. La formation de produits nombreux qui s'y fait constamment permet la formation d'éléments spécifiques.

La conception, enfin, concorde bien avec l'ensemble des faits connus et observés. Il est même possible que le fonctionnement de certains organes produise des poisons qui aggravent l'affection en présence des toxines.

Des preuves définitives viendront sans doute remplacer les hypothèses très sérieuses que l'on possède déjà sur la question, dans laquelle il y a une bonne part de vérité.

Enfin, cette conception est conforme aux lois générales d'après lesquelles les cellules agissent souvent en sens contraire. Ainsi, le pancréas crée du sucre et détruit le sucre ; le globule blanc favorise la coagulation comme il s'y oppose. De même, dans l'infection, la cellule crée les produits nuisibles aux germes et à leurs sécrétions ; aussi doit-elle donner naissance aux principes qui aident l'action des germes.

Epilepsie procursive chez le chien.

M. Ch. Féré cite le cas d'une levrette atteinte d'épilepsie procursive. Elle présentait des accès qui se montraient après le repas et pendant le sommeil. Ces accès se terminaient quelquefois par des phénomènes convulsifs.

L'auteur suppose que, chez les animaux, l'épilepsie procursive se confond souvent avec la folie.

Métrite parenchymateuse hémorrhagique.

MM. Pilliet et **Baradnc** rapportent un cas d'hystérectomie vaginale faite par M. Tillaux chez une femme à laquelle on avait enlevé les trompes et les ovaires et qui continuait à avoir des pertes abondantes.

L'utérus était augmenté de volume, mou et friable. A l'examen histologique, on reconnaissait une forme rare de métrite parenchymateuse. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques étaient distendus considérablement. L'utérus semblait un véritable tissu caverneux.

Ce fait, d'ailleurs, ressemble à un autre dû à M. Quénu. Aussi existe-t-il sans doute une variété spéciale de métrite parenchymateuse, avec vives douleurs et pertes sanguines. Ces pertes de sang amènent le clinicien à songer à un avortement, à un fibrôme. Cette métrite relève d'une infection venant de la muqueuse utérine ou des trompes pleines de pus.

Action de la peptone sur les globules sanguins.

MM. Carvallo et **Athanasin.** — La peptone injectée dans le système veineux est capable de produire une forte hypoleucocytose. En outre les leucocytes sortant avec ce sang qui reste non coagulé, ont une forte vitalité et résistent mieux aux agents de destruction.

Vaccination contre la clavelée.

M. Charrin lit un travail de M. Duclert, où ce dernier, à propos de sa récente communication (Voir *Gazette Médicale* du 28 mars) portant sur l'hérédité de l'immunité pour la clavelée, rapporte cette immunité à l'état du sérum des ascendants. Ce sérum agit, dit-il, non seulement à titre préventif, mais encore à titre curatif. Il corrobore cette assertion par plusieurs expériences.

Action des courants à basse fréquence sur les animaux.

M. Leblanc communique, par l'intermédiaire de M. d'Arsonval, une observation où un crapaud ayant subi un courant de 7,200 volts, resta dans un état de mort apparente. Par des tractions de la langue et des mouvements rhythmiques des membres, il fut rappelé à la vie en quelques minutes.

Des mouvements des membres.

M. Ch. Féré. — Pour l'étude de l'énergie des mouvements, on peut utilement faire appel à l'étude du temps de réaction. Dans un même segment de membre, la différence des temps de réaction est inférieure à celle de l'énergie des tractions. Ces différences se manifestent particulièrement dans des mouvements placés sous l'influence de la volonté.

Absorption du salicylate de méthyle par la peau saine.

MM. Linossier et **Launois.** — Les badigeonnages de salicylate de méthyle permettent une absorption active de cette substance, qui s'élimine par les urines. Le salicylate de méthyle pénètre dans l'économie sous forme de vapeurs.

Peut-être s'élimine-t-il sous forme d'acide salicylurique. C'est le procédé colorimétrique qui permet le mieux de le déceler dans l'urine.

La quantité de salicylate de méthyle qu'éliminent les reins représente une partie d'autant plus importante de celui qui a été appliqué sur la peau que ce dernier a été appliqué en plus grande quantité.

M. Mangin présente un travail sur *l'aération du sol dans les plantations de Paris.*

M. Mangin dépose un travail sur *l'influence de l'accumulation d'acide carbonique et de l'appauvrissement d'oxygène dans l'air sur les phénomènes de la germination.*

M. Bourquelot lit une note sur les *ferments hydratants et oxydants.*

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 13 AU 18 AVRIL 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Reynier, Tuffier, Delbet. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Retterer, Schileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, André, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrier, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Reclus, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Gilles de la Tourette.

Mardi 14 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Berger, Nélaton, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Campenon, Rémy, Roger. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Bar, Albarran. — 4e : MM. Proust, Dieulafoy, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Ménétrier, Achard.

Mercredi 15 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Reclus, Lejars, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Delbet, Wurtz. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Ch. Richet, Grancher, Schileau. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Reynier, Tuffier, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Ricard, Walther.

Jeudi 16 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Mathias-Duval, Poirier, Rémy. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Hartmann, Achard. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Dieulafoy, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Alharran, Nélaton, Ménétrier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Berger, Bonnaire. 3e (2e partie, 1re série) : MM. Laboulbène, Hutinel, Wurtz. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Grancher, Joffroy, Netter. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 17 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Tillaux, Schileau, Walther. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Heim, André. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Terrier, Delbet, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Marchand, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Grancher, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Thoinot.

Samedi 18 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Rémy, Quénu, Albarran. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Gley. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Marie, Marfan. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Hartmann, Thiéry. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Dentu, Berger, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Hutinel, Gilbert. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 avril, à 1 heure. — *M. Salvy :* Des rapports de l'érysipèle et de la menstruation (MM. Straus, Tillaux, Varnier, Broca). — *M. Levassort :* La stérilisation pratique en chirurgie (MM. Tillaux, Straus, Varnier, Broca). — *M. Descouleurs :* Du traitement de la gale par le baume du Pérou (MM. Pouchet, Joffroy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Leroy :* Les persécutés persécuteurs (MM. Joffroy, Netter, Gilles de la Tourette).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

École de médecine de Nantes.

Un concours s'ouvrira, le 9 novembre 1896, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle de l'École de médecine de Nantes.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Lyot, 26 ; Rehland, 20 ; Rieffel, 24 ; Souligoux, 21 ; Villemin, 22 ; Chevalier, 25 ; Peraire, 17 ; Regnault, 18 ; Clado, 23 ; Guillemain, 21 ; Morestin, 22 ; Delbet, 19 ; Cazin, 18.

La première séance de la deuxième épreuve (épreuve clinique) aura lieu le mardi 14 avril, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Cours privés gratuits.

Maladies mentales. — M. Roubinovitch, chef de clinique de la Faculté de médecine, fera les mercredis et samedis (à partir du samedi 18 avril), à 9 heures 1/2, à l'Asile Saint-Anne, un cours complet et élémentaire d'aliénation mentale.

VARIA.

Texte d'une proposition de loi relative aux études médicales.

Dans sa séance du 28 mars, la Chambre des députés a voté la prise en considération d'une proposition de loi déposée par M. G. Berry et qui est ainsi conçue :

« Article premier. — Tout étudiant qui s'inscrira dans une Faculté des sciences pour poursuivre des études médicales après l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, devra avoir été reçu aux examens des baccalauréats français.

» Art. 2. — Nul ne pourra se présenter au concours d'internat des hôpitaux ni être attaché comme médecin à un service public dépendant des communes, des départements ou de l'Etat, s'il n'est Français ou naturalisé Français. »

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

M. le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra son cours le mardi 14 avril, à 3 heures, à sa Clinique, 21, rue Guénégaud, et le continuera les jeudis, samedis, mardis, à la même heure.

Huit leçons pratiques sur la chirurgie du larynx, du nez et des oreilles, suivies d'exercices opératoires par les élèves, à partir du samedi 18 avril.

On s'inscrit les mardis, jeudis, samedis, de 3 à 5 heures.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE TÉTANOS

(Suite et fin.)

Pathogénie. *(Suite.)*

Nature diastasique du poison tétanique (Tizzoni et Cattani, Vaillard et Vincent).

Activité extrême de la toxine tétanique.

Action de cette toxine particulièrement sur les nerfs sensitifs, d'où contracture réflexe (Courmont et Doyon).

Théorie de Courmont et Doyon, non admise par Vaillard. Le ferment sécrété par le bacille n'est pas toxique, mais en se répandant dans l'organisme, il en fait fermenter certaines substances, de sorte que la diastase extraite des cultures filtrées du bacille tétanique est pathogène par son action zymotique, grâce au ferment qu'elle renferme et qui doit engendrer la toxine aux dépens de l'organisme.

Conclusion de cette discussion pathogénique : Chacune des anciennes théories renferme une part de vérité ; la théorie nerveuse a démontré la nature réflexe de la contracture tétanique ; la théorie humorale démêlait la nature toxique de la maladie. Il était réservé aux recherches bactériologiques de prouver la provenance microbienne du poison tétanique.

Propriété antitoxique du sang des animaux immunisés (Tizzoni et Cattani, Vaillard).

Anatomie pathologique.

Ne présente pas un grand intérêt.

Congestions viscérales multiples : poumon et plèvre, foie, rein.

Altérations des muscles (ruptures dues à violence des contractures ou dégénérescence).

Lésions du système nerveux inconstantes, non caractéristiques. Congestions médullaires dues à hyperthermie qui précède la mort.

Névrites périphériques dans quelques cas (Achard).

Symptômes.

Incubation.

De 5 à 15 jours, quelquefois 2 ou 3 heures seulement dans des tétanos graves.

Dans certains cas, plusieurs mois après la plaie originelle.

Prodromes.

a) Locaux : Sécheresse de la plaie, gonflement et rougeur de la peau voisine.

Ou douleurs au niveau de la plaie, spasmes.

b) Généraux : Céphalée, anorexie, douleurs lombaires, légère élévation de température.

Trismus.

Phénomène initial, puis *raideur de la nuque* (quelquefois ordre inverse).

Gêne dans mouvements de mastication ; douleurs en avant des oreilles ; contracture des mâchoires, des muscles de la nuque, puis des muscles ptérygoïdiens, temporaux ; des muscles du pharynx.

Dysphagie.

Muscles de la face bientôt envahis, faciès spécial, *rire sardonique* ou *cynique.*

Tête renversée en arrière.

Opisthotonos.

Quand tous les extenseurs du tronc et des membres inférieurs sont pris.

Orthotonos.

Quand fléchisseurs pris aussi bien qu'extenseurs.

Emprosthotonos.

Quand contractures prédominent dans les fléchisseurs (attitude du fœtus dans l'utérus).

Pleurosthotonos.

Forme rare, quand contracture des muscles d'un côté du corps seulement.

Redoublements spasmodiques.

Des contractures tétaniques à l'occasion d'un effort, d'une émotion, d'une impression vive, lumineuse ou tactile, etc., annoncées par une sorte d'aura parti de la plaie. A la fin, les contractures tendent à devenir permanentes. Ressemblance des accès convulsifs avec crise épileptique (cyanose du visage, salivation, langue mordue entre les dents).

Violence extrême quelquefois. Douleur variable, dépend de permanence ou rapidité de succession des paroxysmes.

Température.

Généralement au-dessus de la normale, pas de cycle fébrile défini, 38° en général ; 39°, 40° et au delà dans les tétanos graves. La température devient plus élevée au moment de la mort, plus élevée aussi au moment des redoublements convulsifs. Quelquefois elle continue à s'élever après la mort.

Pouls suit la température, plus lent dans l'intervalle des accès convulsifs.

Respiration.

Fréquente au moment de ces accès, plus fréquente aussi à l'approche de la mort quand il y a broncho-pneumonie.

Troubles digestifs.

Dysphagie, constipation.

Urines.

Peu abondantes, quelquefois dysurie, sucre ou albumine.

Sueurs.

Abondantes, amenant quelquefois exanthèmes sur face, tronc.

Intelligence intacte.

Délire par exception, et à l'approche de la mort.

Evolution.

Variable.

Suraiguë (tétanos foudroyant), 24 ou 36 heures.

Aiguë (3 ou 4 jours).

Subaiguë (6 à 10 jours).

Chronique, guérissable.

En pratique, deux formes distinctes :

1° Forme *aiguë* (malheureusement plus fréquente).

2° Forme *chronique*.

1° *Forme aiguë* : Rapidité d'apparition du trismus après la blessure, contractures rapidement envahissantes, retour fréquent des paroxysmes, température élevée (39°, 40°) dyspnée, etc. ; mort est terminaison habituelle.

2° *Forme chronique* : Apparition longtemps après la blessure. Alternatives d'amélioration et de rechute ; guérison fréquente.

Terminaison.

Le plus souvent par la mort, causée par asphyxie (asphyxie brusque ; spasme glottique ou asphyxie lente) par broncho-pneumonie quelquefois (Verneuil).

Par *syncope cardiaque* (spasme du muscle cardiaque pour les uns, paralysie pour d'autres).

Mortalité moindre aujourd'hui qu'autrefois, 88 0/0 dans les formes aiguës ; 40 à 50 0/0 seulement dans les formes chroniques.

Blessures du tronc et de la tête plus graves que les blessures des membres.

Brièveté d'incubation est signe de tétanos grave en général.

Formes du tétanos établies.

Soit d'après *la nature de la plaie* (plaies physiologiques).

Tétanos des nouveau-nés (trismus nascentium) du premier au quinzième jour après la naissance.

Tétanos puerpéral : Du cinquième au vingtième jour après la délivrance, grave, car il existe concurremment en général une infection septicémique.

Soit d'après la *marche* :

Tétanos abortif.

Tétanos alternant.

Soit d'après la *localisation des contractures*.

Tétanos *unilatéral* (Gosselin).

Tétanos *dysphagique* (Larrey, Verneuil), opisthotonos cervical et dysphagie.

Tétanos *céphalique* ou hydrophobique de Rose (Bernhardt, Terrillon et Schwartz, Villar, Janin, Reclus), forme intéressante de tétanos caractérisée par trois symptômes dominants :

1° Plaie originelle dans le territoire sensitif des nerf crâniens (région orbito-naso-temporo-malaire) ;

2° Localisation habituelle des contractures dans les muscles innervés par les nerfs crâniens ;

3° Paralysie faciale unilatérale complète siégeant généralement du côté correspondant à la blessure.

Dysphagie, enfin, faisant ressembler un peu le malade à un hydrophobique. Troubles respiratoires dus aux spasmes des muscles du larynx ou du diaphragme.

Pronostic de cette variété clinique du tétanos, moins grave que celui du tétanos vulgaire.

Pronostic.

Pronostic du tétanos toujours grave, plus grave chez l'enfant et dans les pays chauds, dépend de l'état antérieur de l'individu, et surtout de la nature de la plaie, de la présence dans cette plaie d'autres microbes associés, des formes cliniques, enfin.

Diagnostic.

Facile, quand les traits du tableau symptomatiques sont complets.

Difficile, quand il existe seulement quelques symptômes isolés.

Trismus tétanique à différencier du trismus qui accompagne les stomatite, gingivite, périostite alvéolo-dentaire, évolution de la dent de sagesse, ostéite du maxillaire inférieur ; arthrite temporo-maxillaire, abcès sublingual, adéno-phlegmon sous-maxillaire ou parotidien.

Raideur du cou à distinguer d'un *torticolis musculaire*, d'une *arthrite rhumatismale ou tuberculeuse des premières vertèbres cervicales*, d'un abcès *périamygdalien* ou *rétropharyngien*.

Dysphagie tétanique à distinguer de l'*hydrophobie* vraie où le malade est pris de spasmes à la seule vue d'un liquide quelconque, n'a pas de trismus et ne présente aucun spasme.

Tétanie, localisation des contractures à un ou plusieurs groupes musculaires dans le membre supérieur, retour des accès sous l'influence de la compression des artères ou des nerfs du membre (Trousseau), etc.

Contractures hystériques.

Epilepsie, ressemblance au moment des attaques, mais caractère passager des convulsions, perte complète de connaissance.

Convulsions symptomatiques d'une lésion cérébrale (épilepsie jacksonienne, vomissements, troubles sensoriels).

Méningite cérébro-spinale (douleurs rachidiennes, pas de trismus et de rire sardonique).

Myélite aiguë (idem).

Intoxication aiguë par la strychnine (analogie extrême), pas même marche des contractures, délire, intervalles plus longs entre les accès, dilatation pupillaire.

Ne pas prendre des tétanos céphaliques unilatéraux pour une paralysie faciale ni un tétanos des nouveau-nés pour une *encéphalopathie urémique*, pour des *convulsions essentielles* ou symptomatiques, ni un tétanos puerpéral pour de l'*éclampsie post-partum*.

Traitement.

Prophylactique.

Précautions à l'égard des cadavres des animaux ayant succombé au tétanos, à l'égard des peaux de ces animaux, désinfection des locaux habités par ces animaux.

Isolement de l'individu tétanique. Désinfection du lit et de la chambre, etc., des instruments.

Curatif.

1° *Médical* :

Chloral à hautes doses surtout (Verneuil) associé à la morphine (injections hypodermiques).

Palliatif seulement, modère la violence des contractures.

2° *Chirurgical* :

Amputation du membre (Berger).

Radication du foyer traumatique poussée aussi loin que possible. On supprime ainsi le lieu de falsication du poison.

3° *Sérothérapie* :

Behring et Kitasato, Tizzoni et Cattani, Vaillard et Roux (1892), méthode qui, théoriquement, devait être excellente et qui n'a guéri, jusqu'ici, que des tétanos bénins, à forme chronique, qui auraient pu guérir par d'autres médications, ou même spontanément. Et cela parce que le traitement sérothérapique ne peut être institué que lorsqu'on a constaté le trismus initial. Or, ce phénomène est le premier symptôme d'une intoxication déjà déclarée.

X.

Le Directeur-Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. — N° 15 — 11 Avril 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

AVIS. — Par suite du nombre insuffisant d'actions représentées, l'assemblée générale du 28 mars n'a pu avoir lieu. En conséquence, MM. les actionnaires de la **Gazette Médicale de Paris** *sont convoqués à nouveau au siège social, pour le samedi 18 avril, à 5 heures 1/2. Cette assemblée délibérera valablement quel que soit le nombre d'actions représentées.*

Le présent avis, aux termes des statuts, doit tenir lieu de lettre de convocation.

Depuis le 1er avril, les bureaux de la **Gazette Médicale** *sont transférés 21, rue du Général-Foy.*

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Émery, interne du service.

(Suite.)

DIAGNOSTIC

1° En tant que modalité dermatologique, herpès constitué par :

Une éruption très généralement circonscrite ;

Une éruption originairement vésiculeuse, et à vésicules habituellement groupées en bouquet ;

Une éruption se convertissant d'une façon rapide, soit en croûtelles sur la peau, soit sur les muqueuses : en érosions, ou miliaires ou composées, à contour microcyclique.

2° En tant que maladie, herpès consistant en :

Une affection aiguë :

Une affection de cours défini, et déterminaison rapide.

Grâce à cet ensemble de caractères tirés soit de l'éruption, soit de la maladie, l'herpès constitue une espèce morbide bien distincte, ayant son individualité propre, et une espèce à attributs cliniques assez nets, assez tranchés pour être facilement reconnaissables.

Aussi l'herpès est-il une maladie qui se diagnostique directement et qui n'a que faire, en général pour le moins, d'une parallèle séméiologique avec d'autres affections étrangères pour être reconnue cliniquement.

Que pourrait-on, en effet, confondre avec l'herpès ?

Serait-ce l'eczéma ? Mais, en vérité, entre l'herpès et l'eczéma il existe de telles différences objectives et cliniques qu'une confusion entre ces deux types n'est guère admissible.

Sans doute l'eczéma est bien, lui aussi, une affection vésiculaire ; mais c'est une affection vésiculaire à :

Vésicules très petites, microscopiques le plus souvent ; à peines visibles ;

Vésicules infiniment plus nombreuses que celles de l'herpès ;

Vésicules infiniment plus rapides d'évolution, éphémères : on ne les voit presque jamais ; on arrive presque toujours trop tard pour les voir ;

C'est, de plus, une lésion qui ne se circonscrit pas comme l'herpès : qui tend à diffuser, qui occupe généralement de bien plus grandes surfaces ;

C'est une lésion qui, à peine formée, se met à suinter surabondamment, ce que ne fait pas l'herpès :

C'est une maladie qui n'a pas un cours défini comme l'herpès ;

C'est une maladie qui affecte une bien autre durée, etc.

A tous ces titres, comme à d'autres aussi que je passe sous silence, l'eczéma se différencie toujours avec facilité de l'herpès.

Lésion également vésiculaire, l'herpès peut-il être confondu avec l'hydrose ?

En aucune façon.

D'abord l'hydrose a des vésicules ou bien plus grosses et globuleuses, pemphigoïdes : ou bien plus étalées, plates, vacciniformes.

Ses vésicules ne sont pas groupées, agminées, comme celles de l'herpès.

L'hydrose, d'ailleurs, comme éruption, est bien plus disséminée, occupe de plus larges surfaces, et en occupe plusieurs à la fois, etc.

Non, les difficultés diagnostiques que pourrait présenter l'herpès ne sont pas là; et s'il peut y avoir quelques avantages au point de vue nosologique à rappeler, comme on le fait d'habitude, les caractères différentiels qui séparent de l'herpès soit l'eczéma, soit l'hydrose, etc., il est peu de chances, en vérité, pour qu'en pratique on ait à invoquer ces différences pour un diagnostic.

Les difficultés diagnostiques de l'herpès sont ailleurs: elles sont autres. Et voici, je crois, les deux seules véritablement pratiques, à savoir :

Le diagnostic différentiel de l'herpès génital et des deux espèces de chancres, notamment du chancre syphilitique;

Le diagnostic différentiel de l'herpès buccal et des syphilides érosives de même siège.

1° Parlons d'abord de l'herpès génital.

A. L'herpès peut-il être confondu avec le chancre simple ? Oui, certes. A preuve les deux cas suivants, entre tant d'autres que j'aurais à produire.

Une fillette de 7 ans est dirigée par la Préfecture sur l'hôpital de Lourcine, comme affectée de « chancre simple » transmis dans une tentative de viol (diagnostic de la feuille d'envoi). L'enfant présentait, en effet, sur la vulve et les régions périvulvaires de nombreuses lésions ulcéreuses, dont quelques-unes étaient arrondies, creuses, à bords taillés à pic, à fond déprimé et grisâtre, etc., tous caractères qui semblaient justifier le diagnostic formulé dans l'acte d'accusation. Or, ces prétendus chancres n'étaient que des herpès, comme Legendre eut la perspicacité de le deviner et le mérite d'en établir la démonstration.

En second lieu, rappelez-vous le malade que, tout récemment, me présentait mon collègue et ami le Dr Ducastel.

La rainure glando-préputiale, le prépuce et le gland étaient littéralement criblés de petites lésions ulcéreuses, excavées, entaillées à pic, souples de base, absolument jaunes (voire d'un jaune serin) comme est le chancre simple. Et cependant ces lésions, qui avaient tout à fait la physionomie de chancres simples, n'étaient que des herpès.

Donc, oui, sans contradiction possible, l'erreur est possible entre le chancre simple et l'herpès. Mais dans quelles conditions est elle possible ?

Est-ce l'herpès typique qui risque d'être confondu avec le chancre simple typique? Non, certes. Car chacune de ces deux lésions a une physionomie tellement propre, tellement particulière, qu'une méprise de l'une à l'autre n'est même pas supposable. Elle est radicalement impossible. Donc, gardons-nous de faire ce que font certains pathologistes, qui, mettant en parallèle les caractères de deux affections absolument dissemblables, n'aboutissent qu'à démontrer l'inanité de leur diagnostic différentiel. Comparons seulement ce qui est comparable, et ne nous attachons qu'au seul ordre d'erreurs qui puisse se présenter en pratique.

Or, ce qu'il est seulement possible de confondre, le voici ;

D'une part, un herpès étendu, composé de plusieurs érosions agminées, ulcéreux, inflammatoire, jaune de fond, l'herpès, en un mot, que nous avons qualifié précédemment d'herpès chancriforme ;

Et, d'autre part, le chancre simple encore jeune, non encore développé avec l'intégralité de ses caractères, ou le chancre simple qui reste superficiel, peu étendu, bénin d'aspect.

Entre ces deux espèces morbides, se présentant dans les conditions précitées, oui, l'erreur est possible ; disons, même, qu'elle est parfois facile.

De quels éléments diagnostiques disposons-nous pour l'éviter ?

Il n'en est que deux bons et probants, qui ne trompent jamais et qui ne font jamais défaut, je m'empresse de le dire à l'avance, à savoir :

L'inoculation et l'évolution.

Mais que cela ne nous empêche pas d'en signaler quelques autres qui, éventuellement, peuvent éclairer le diagnostic, ou tout au moins, lui apporter un appoint.

En voici d'abord un excellent, mais que, malheureusement, on ne rencontre qu'en quelques cas. C'est la coïncidence possible, pour l'herpès chancriforme, de lésions vésiculeuses, notoirement et indubitablement herpétiques, à côté d'ulcérations simulant le chancre.

Exemple : Sur le malade de M. Ducastel, nous avons constaté, en même temps que de nombreuses ulcérations, tout à fait identiques d'aspect au chancre simple, sur le gland et le prépuce, des vésicules multiples d'herpès occupant le fourreau, vésicules encore parfaitement reconnaissables, quoique tendant déjà à s'encroûter. Eh bien, c'était là, en l'espèce, un trait de lumière. A coup sûr, nous n'aurions pas osé qualifier d'herpès les ulcérations du prépuce et du gland, si nous n'avions constaté ces vésicules herpétiques du fourreau. Mais ces vésicules existaient, avec des caractères bien déterminés, révélateurs. Elles m'ont éclairé sur la nature des ulcérations chancriformes d'autres sièges.

C'est là, messieurs, un signe qu'il faut toujours rechercher. Et l'on a d'autant plus de chances de le rencontrer que parfois, assez souvent même, l'herpès est successif et que des vésicules, encore jeunes, naissantes, peuvent coïncider avec des ulcérations herpétiques déjà adultes et bien formées.

Second signe, de bien moindre valeur et seulement utilisable avec de grandes réserves, parce qu'il repose sur un symptôme purement subjectif :

Caractère prurigineux de la lésion, surtout à son début. L'herpès a souvent pour prélude une ardeur locale, une brûlure, un état éréthique de la partie où il se développe: tandis que le chancre simple naît et évolue plus froidement et surtout sans prurit.

3° Quelquefois, certains détails de physionomie objective peuvent encore établir des différences appréciables entre le chancre simple et l'herpès chancriforme. Ainsi :

L'herpès chancriforme est généralement plus superficiel que le chancre ;

Il est moins entaillé et, surtout, il ne présente jamais ce décollement des bords qui est assez commun pour le chancre ;

Il n'a pas le fond tourmenté, « alvéolaire » que présente souvent le chancre simple.

Bons caractères, en quelques cas, mais s'abaissant souvent au niveau de simples nuances.

En sorte que. pour un certain nombre de cas. le diagnostic ne peut être sûrement déterminé par aucun des signes qui précèdent. Il est indécis et ne saurait être fixé que par tel ou tel des deux autres éléments séméiologiques que je vous ai déjà cités, à savoir par l'inoculation et l'évolution morbide (sans parler. bien entendu. des ressources qui pourraient être demandées à la confrontation. c'est-à-dire. à l'examen du sujet «conjoint» et que je me bornerai à signaler).

L'inoculation est ici le critérium diagnostique par excellence. Elle seule peut faire la lumière, et cela en quarante-huit heures, vous savez comment. Si la lésion en litige est un chancre simple, l'inoculation de son pus détermine un chancre simple: si elle est un herpès, elle restera négative, tout au moins elle ne fournira pas un chancre simple.

A l'hôpital. où nous avons la lancette facile, passez-moi l'expression, nous jugeons la question par cette méthode, d'ailleurs absolument inoffensive, pour peu qu'elle soit bien appliquée et surtout attentivement surveillée. Mais, en ville, c'est une autre affaire. Les clients de ville, pour une raison ou pour une autre, par pusillanimité le plus souvent, ne se prêtent guère à l'inoculation. Il n'est pas de raison pour les y inciter expressément. Car, à défaut de l'inoculation, l'évolution morbide nous reste pour résoudre le problème à bref délai, et c'est à elle qu'on s'en tient usuellement en pratique.

Ce qu'on fait alors est ceci : on se borne à prescrire un petit topique, qui ne peut qu'être utile en cas de chancre simple et indifférent en cas d'herpès, par exemple des bains généraux, des bains locaux émollients, et un pansement avec une solution de nitrate d'argent au 50°, du vin aromatique au tartrate de fer et de potasse, etc. Et l'on attend. Huit jours ne se sont pas écoulés qu'on sait à quoi s'en tenir sur la qualité de la lésion restée douteuse. Car, en cas d'herpès, la lésion ne s'étend pas, d'abord, et, loin de là, tend rapidement à se modifier, à se réparer, à entrer en processus cicatriciel ; tandis qu'en cas de chancre simple, il ne manque guère de se faire une extension significative de l'ulcération, ou, tout au moins, la modification favorable est bien autrement tardive.

(A suivre.)

OBSERVATION CHIRURGICALE

Désarticulation du genou par le procédé de Montaz.

Par M. G. Pujol, interne des hôpitaux de Marseille.

M. le professeur Montaz (1) (de Grenoble) a préconisé en 1894, comme procédé de choix dans la désarticulation du genou, l'ellipse à lambeau postérieur.

Un de ses élèves, le docteur Falibois (2), a soutenu les mêmes idées dans sa thèse inaugurale.

La désarticulation du genou à lambeau postérieur avait été indiquée par J.-L. Petit, et Blandin en avait montré tous les avantages. M. le professeur Montaz a encore ajouté à l'excellence de ce procédé opératoire, par l'heureuse adaptation qu'il y a faite de la méthode sous-périostée.

Rappelons en quelques lignes les temps de cette opération :

L'incision est commencée en avant, sur l'interligne articulaire, et conduite transversalement. Arrivé sur le péroné ou sur le bord postérieur du tibia, selon le côté du membre, on arrondit l'incision, qui devient verticale et longe l'os sur une étendue égale à un diamètre et demi du membre. On arrondit de nouveau et on incise transversalement la peau du mollet, pour remonter symétriquement du côté opposé et rejoindre le début de l'incision.

On fléchit alors légèrement la jambe et on tranche le tendon rotulien sur le bord inférieur de la rotule. On sectionne ensuite les ligaments articulaires.

Abandonnant pour un moment le couteau, on détache alors, à la rugine, les parties molles postérieures en passant sous le périoste.

On reprend le couteau pour sectionner obliquement les muscles, un peu au-dessus de l'incision cutanée.

Ainsi taillé, ce lambeau présente d'immenses avantages.

Il est d'abord admirablement matelassé par l'épaisse couche des muscles postérieurs : les jumeaux sont presque entièrement conservés ; le soléaire, bien que désinséré en haut et en bas, est très richement irrigué par une branche spéciale du tronc tibio-péronier ; le poplité reste intact.

La vascularisation de ce lambeau est des mieux assurées, puisque tous les vaisseaux de la région sont respectés et que l'artère principale du membre n'est sectionnée qu'à son extrême limite, sur les bords mêmes du lambeau.

L'innervation des tronçons musculaires reste conservée dans son intégrité.

La rotule demeure et, partant, l'insertion du triceps crural.

La cicatrice est bien placée : elle est antérieure et latérale, avec tendance à remonter de plus en plus. Elle ne gênera donc nullement pour le port d'un membre artificiel.

Aux promesses de la théorie, il manquait la sanction de la pratique. La désarticulation de Montaz n'avait été pratiquée encore que dans les amphithéâtres, quand M. Lejars (1), le premier, la mit en œuvre sur le vivant, et avec plein succès.

M. le Pr G. Roux, de Brignolles, a pratiqué depuis une désarticulation du genou par ce même procédé, sur un malade de son service, atteint d'ostéite tuberculeuse des os de la jambe et dont suit l'observation.

G..., journalier, est un jeune homme de 22 ans, présentant toutes les apparences d'un tuberculeux. Nous n'avons, toutefois, rien pu relever de bien caractéristique dans ses antécédents héréditaires. Lui-même a joui d'une santé excellente jusqu'au moi de mai 1894.

A cette époque, il reçut un violent coup de pierre sur le bas de la jambe droite. Il n'accorda que fort peu d'attention à cet accident, dont les suites immédiates furent des plus simples. Quelques mois plus tard, il partait pour Draguignan, appelé à faire son service militaire.

En janvier 1895, à la suite de longues marches et de fatigues de tout genre, la jambe droite commença à devenir douloureuse et quelques jours après, il s'y développait un abcès, lequel fut incisé à l'hôpital militaire. Plusieurs abcès se succédèrent ainsi sur la même jambe, donnant chacun naissance à une fistule. Un grattage du tibia à la curette tranchante resta sans résultat aucun.

(1) Montaz : Un nouveau procédé de désarticulation du genou (*Gazette des hôpitaux*, 1894, n° 57, et *Dauphiné médical*, juin 1894).

(2) Falibois : De la désarticulation du genou à lambeau postérieur procédé du Dr Montaz (Thèse de Paris. 1894. analyse in *Gazette médicale de Paris*, 11 mai 1895).

(1) Lejars : La désarticulation du genou à lambeau postérieur *Gazette des Hôpitaux*, 1894, n° 91.)

L'état général du malade s'altérant et des symptômes pulmonaires s'étant manifestés, G... fut réformé. Il revint alors à Marseille, où il entra à l'Hôtel-Dieu, le 20 août 1895.

A ce moment, on constate, à la partie antéro-supérieure de la jambe droite, l'existence de trois fistules, qui conduisent le stylet jusque sur le squelette et qui livrent passage à une suppuration abondante.

Le genou est légèrement augmenté de volume, les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont douloureux.

Le malade est amaigri, pâle; il tousse un peu, présente des sueurs nocturnes et a tous les soirs un léger mouvement fébrile, portant la température aux environs de 38°.

La percussion révèle de la submatité aux sommets des poumons, marquée surtout à gauche et en avant. L'auscultation permet d'entendre une respiration rude avec expiration prolongée. L'expectoration est sans caractère.

Devant l'état général grave du malade, vu les symptômes menaçants d'une tuberculisation pulmonaire secondaire, M. le Pr Roux de Brignoles estima qu'il y avait lieu d'intervenir radicalement, autant pour soustraire le patient à une suppuration prolongée, que pour lui permettre de quitter, le plus rapidement possible, le milieu hospitalier, si défavorable aux tuberculeux.

La résection du genou fut écartée comme exigeant un temps trop long d'immobilisation. L'opération démontra, du reste, qu'elle eût été impraticable, les lésions osseuses intéressant presque la moitié supérieure du tibia.

On s'arrêta à la désarticulation du genou, qui fut pratiquée le 30 août, sous le sommeil chloroformique et avec toutes les précautions antiseptiques ordinaires. Après hémostase préventive à la bande d'Esmarch, le Pr Roux de Brignoles procéda aux divers temps opératoires que nous venons d'énumérer. La désarticulation effectuée, les ligatures placées, le lambeau fut maintenu par quatre fils profonds de soie forte et une suture cutanée aux crins de Florence. Aux deux extrémités de la plaie, on plaça deux drains.

Les suites opératoires furent d'abord satisfaisantes. La température tomba dès le soir de l'opération. Dix jours après, on enleva les sutures et les drains; la réunion était faite. Au second pansement, huit jours après, on s'aperçut que le trajet du drain interne n'était pas fermé et qu'il s'était formé là une fistule, donnant une petite quantité de pus. En y introduisant le stylet, on arrivait sur le condyle interne du fémur. On pratiqua des injections antiseptiques dans ce trajet, qui fut ensuite bourré avec une mèche de gaze iodoformée. Ce pansement dût être renouvelé tous les deux jours d'abord, puis tous les jours, la suppuration devenant de plus en plus abondante. Le malade, dont l'état semblait s'améliorer un peu, maigrit de nouveau. Des râles secs apparurent au sommet gauche.

Le 2 octobre, on rouvre la partie interne de la cicatrice et on évide à la curette le condyle interne du fémur, dans lequel on fait pénétrer à plusieurs reprises la pointe du thermo-cautère. Pas de suture; mèche de gaze iodoformée.

Au bout d'un mois environ, tout est fini de ce côté; mais les lésions pulmonaires ont fait du progrès. Le malade se plaint en outre depuis quelques jours d'une douleur au niveau de la partie supérieure de la cuisse droite, et apparaît bientôt dans cette région une tuméfaction fluctuante, indice d'un abcès froid profond. G... refuse une nouvelle intervention et demande sa sortie le 10 novembre.

Nous ne donnerons point sans doute cette observation comme absolument probante; mais nous ne croyons point trop nous avancer en disant qu'assurément aucun autre procédé opératoire n'aurait fourni meilleur résultat; car ce n'est point la méthode qu'il faut incriminer ici, mais le terrain, qui était détestable.

La désarticulation à lambeau postérieur s'imposait dans ce cas; la peau de la région antérieure en effet, crevée de fistules, était impropre à la taille d'un lambeau.

Cette opération nous a permis de juger du procédé de Montaz, de sa facile exécution et de l'excellent moignon qu'il procure.

Rien ne manque que l'épreuve du port d'un membre artificiel. Mais, vu la forme régulière et l'indolence du moignon, l'épaisseur de la couche musculaire qui le formait inférieurement, et la situation élevée de la cicatrice, on est en droit de croire qu'il aurait été bien toléré, si l'état général du malade en eût permis l'application.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Tuberculose infantile.

Kossel (*Zeitschrift für Hyg. und Infectionskrankheiten*) a étudié de près la tuberculose du jeune âge, affection dont on sait la fréquence à cette époque de la vie.

Les poumons sont les organes les plus souvent atteints, chez les enfants comme chez les adultes. La tuberculose pulmonaire des enfants est divisée par l'auteur en trois groupes. Dans le premier, l'affection pulmonaire fait partie d'une bacillose généralisée. Ce sont des tubercules miliaires, des granulations qui se forment autour des vaisseaux. Dans le second, il y a un foyer localisé de tuberculose dans les poumons. C'est de là que l'affection ira envahir les autres organes. Ici, c'est plutôt par voie lymphatique que semble se généraliser l'affection; dans le cas précédent, c'était par voie sanguine. C'est d'ordinaire près des ganglions bronchiques que se trouvent ces foyers localisés de tuberculose.

Le troisième groupe de tuberculose pulmonaire est constitué par des foyers locaux de tuberculose qui marchent lentement. Il se fait alors des foyers de bronchopneumonie caséeuse, auxquels s'ajoutent des foyers d'hépatisation lobulaire par l'action de microbes secondaires, et surtout de streptocoques. L'auteur signale aussi la présence fréquente de bacilles d'influenza parmi les microbes secondaires.

Les lésions de tuberculose pulmonaire coïncident presque sans exception avec celles des ganglions bronchiques. On sait que certains auteurs soutiennent que les ganglions sont pris les premiers; pour d'autres, l'affection commmencerait par les poumons. Le bacille dans ce dernier cas serait absorbé avec l'air de la respiration, ferait d'abord un foyer dans le poumon, et de là envahirait consécutivement les ganglions. Tel n'est pas l'avis de Kossel, pour qui les ganglions sont pris les premiers chez le nourrisson, et les poumons consécutivement.

L'auteur s'appuie sur les résultats de différentes autopsies, où il a remarqué que les lésions des ganglions bronchiques semblaient plus anciennes que celles des poumons. Deux fois seulement le cas contraire s'est présenté.

L'auteur aborde ensuite la question si intéressante de la tuberculose congénitale. Pour lui, la tuberculose dite congénitale est d'origine acquise et non héréditaire. Il n'y aurait pas une seule observation de tuberculose congénitale à proprement parler, à laquelle on ne puisse faire des objections. La contagion s'exerce toujours, et plus facilement que partout ailleurs, chez les jeunes nourrissons. Ce fait est encore un de ceux sur lesquels on a le plus discuté jusqu'à présent dans l'histoire de la tuberculose infantile. En tout cas, différents auteurs sont de l'avis de Kossel, et si cette opinion est la véritable, on voit combien des soins

hygiéniques rigoureusement appliqués, une séparation absolue des personnes tuberculeuses, pourraient rendre de services aux nourrissons.

Pour diagnostiquer la tuberculose infantile, l'auteur ne se dissimule pas les difficultés qu'éprouve le clinicien. C'est que la tuberculose infantile doit être soupçonnée dans bien des conditions. Ceci est le cas en présence de la toux coqueluchoïde de certains enfants, chez qui on ne trouve pas trace d'infection coquelucheuse. Cette toux est provoquée par la présence de ganglions bronchiques caséifiés. La température elle-même est souvent un signe trompeur, puisqu'elle peut rester normale.

De plus, comme les enfants ne crachent pas, il est difficile de rechercher chez eux le bacille de Koch. L'auteur l'a cependant trouvé par un moyen ingénieux. Il le recherche dans les selles, se basant sur ce fait que les enfants avalent leur salive. Et parfois il lui a été donné de trouver des bacilles dans les selles d'enfants sur le compte desquels il était difficile de porter un diagnostic, mais qui étaient exempts de lésions tuberculeuses du tube digestif.

Un autre fait qui peut également servir à porter le diagnostic, c'est l'apparition d'une otite moyenne. L'écoulement de pus par l'oreille est fréquent chez les enfants tuberculeux, et il faut examiner ce pus bactériologiquement.

Comme dernier mode de diagnostic, il reste les injections de tuberculine, mais leur emploi est dangereux si elles ne sont maniées avec prudence; cependant elles donnent des renseignements fort exacts et utiles.

Etiologie de l'ozène.

Abel (*Zeitschrift für Hyg. und Infectionskrankheiten*) a réuni les principales théories faites sur l'ozène et a ajouté à ce travail les différentes critiques de ces théories, en les complétant par des recherches personnelles sur la question.

L'ozène, pour l'auteur, est constitué par un processus morbide qui se traduit par la production de petits foyers de mucus visqueux et purulent sur la muqueuse nasale. Ces foyers ne tardent pas à se dessécher et à devenir croûteux. Ils augmentent d'étendue, et finalement aboutissent à l'atrophie de la muqueuse nasale et des cornets. C'est donc bien une rhinite atrophique. C'est la décomposition des croûtes qui provoque l'odeur fétide que l'on sait; mais cette décomposition n'est pas constante.

La muqueuse nasale n'est pas seule atteinte par le processus. Celui-ci peut, en effet, aller jusqu'au naso-pharynx, dans les différentes cavités qui entourent le nez, aller jusqu'à l'oreille moyenne, le larynx et la trachée.

L'auteur voit dans cette marche de l'ozène, dans cet envahissement progressif de l'affection, un processus nettement infectieux. Ce qui ajoute encore à cette façon de voir, c'est que l'ozène s'observe souvent chez plusieurs membres d'une même famille et que cette maladie est capable de se communiquer par contagion.

C'est un bacille spécial qui la provoque, le bacille mucosus, assez analogue au pneumobacille. Néanmoins, des caractères assez importants permettent de différencier ces deux microorganismes. On trouve ce bacille dans les sécrétions nasales; il ne pénètre pas dans la muqueuse.

On a déjà inoculé une culture pure de ce bacille dans une muqueuse nasale saine. Le processus de l'ozène a été aussitôt provoqué.

Ce bacille agit également par ses toxines. Ce sont elles qui contribueraient à provoquer l'atrophie de la muqueuse. Toutefois, elles seraient aidées dans cette action par la compression qu'exercent les croûtes. Enfin, l'odeur fétide n'est pas due, pour Abel, au bacille mucosus, mais bien à d'autres microorganismes qui viennent consécutivement se développer dans les sécrétions nasales.

La théorie infectieuse de l'ozène n'est pas due à Abel. Bien d'autres auteurs l'avaient déjà émise, mais n'envisageaient pas le rôle du bacille comme le fait Abel. On sait particulièrement qu'un bacille a été décrit en Allemagne comme spécifique de l'ozène provoquant la mauvaise odeur de cette maladie, comme le témoignent les cultures de ce bacille, d'odeur vraiment repoussante. Pour Abel, l'odeur fétide n'est pas le fait du bacille spécifique, mais de microbes secondaires.

Des bacilles de Koch dans les organes génitaux des tuberculeux.

On sait que la présence des bacilles de Koch dans les testicules, dans le sperme, dans les ovaires des tuberculeux est une question sur laquelle on a beaucoup discuté, qui a soulevé de vives polémiques, et sur laquelle les différents auteurs sont loin d'être d'accord.

C'est par la voie expérimentale que très vraisemblablement le problème sera le plus facilement résolu. Aussi est-ce bien à elle qu'a eu recours **Jaeckh** (*Virchow's Archiv*, CXCII).

Le sperme, les organes génitaux provenant d'individus tuberculeux ont été pris par cet auteur pour être inoculés à des cobayes. Ces cobayes ont été sacrifiés huit semaines après l'expérience au plus tôt, trois mois au plus tard.

Cinq cobayes avaient été inoculés avec du sperme et du parenchyme testiculaire d'individus morts tuberculeux. Trois d'entre eux sont devenus tuberculeux, et il est à remarquer que ces trois cobayes avaient été inoculés avec du sperme et du parenchyme testiculaire d'individus atteints de tuberculose miliaire, dont par conséquent le sang a été envahi par les bacilles de Koch.

D'autre part, quatre cobayes avaient été inoculés avec des parcelles d'ovaires de femmes tuberculeuses. Un seul de ces quatre cobayes fut tuberculeux; il avait été inoculé avec l'ovaire d'une femme ayant succombé à une péritonite tuberculeuse. Mais toutes les dispositions expérimentales avaient été prises au préalable pour qu'on fût bien sûr que les bacilles de Kock provenaient de l'ovaire et non des parties voisines.

Tels sont les faits expérimentaux que rapporte Jaeckh. Il les expose sans en tirer de conclusions fermes, mais considère néanmoins comme assurée l'existence des bacilles tuberculeux dans le sperme des individus tuberculeux.

C'est là un appoint à l'étude de cette question aussi importante qu'intéressante, et qu'il serait utile de pouvoir élucider pleinement tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique.

Sur l'ostéoplastie.

Landerer (Stuttgard). — En 1892, Landerer a, chez une petite fille de 8 ans, remplacé la diaphyse d'une phalange, détruite par la suppuration, par un morceau d'os de chien (côte), qui avait été longtemps conservé dans l'iodoforme et qu'on tailla convenablement.

Le corps étranger s'est enkysté; il s'est formé une nouvelle diaphyse; les deux articulations sont mobiles.

Chez une jeune fille de 18 ans, il remplaça, avec le même succès, une clavicule détruite par une ostéomyélite.

Il y a deux mois, pour réparer une perte de substance osseuse, d'environ 25 centimètres carrés, consécutive à une fracture du crâne compliquée, il employa de petits morceaux d'os de chien calcinés, qu'il planta dans le tissu granuleux. Ces fragments se sont enkystés et ont amené l'ossification de la paroi. Landerer rappelle les expériences de Barth, relatives à cette question, et montre l'importance théorique de ces observations, surtout pour l'enkystement des séquestres.

Kümmel a aussi implanté des fragments osseux; il les a toujours trouvés résorbés plus tard.

AUTRICHE

Un cas de traumatisme pendant la grossesse.

M. Thomas (*Allg. Wien. Med. Zeitung*) cite l'observation suivante : Il s'agit d'une femme enceinte qui, au quatrième mois de sa grossesse, eut un traumatisme grave dans la région hépatique. Ce traumatisme provoqua un état anémique sérieux, s'accompagnant d'une douleur vive qui s'étendait de la cinquième côte droite jusqu'à l'épine iliaque antérieure. Il y avait, de plus, coloration ictérique de la peau et des muqueuses : à partir de ce moment, l'état général de la malade devint mauvais et les choses se prolongèrent longtemps ainsi: La malade avait son ventre ballonné et vomissait fréquemment.

Une amélioration survint cependant plusieurs semaines après le traumatisme, qui fut marquée par l'issue par le rectum de masses de sang coagulé. Quatorze jours avant l'accouchement, des masses de sang coagulé sortaient encore par l'anus. En même temps, la matité qui existait à la région hépatique disparaissait. Malgré ce traumatisme et ses conséquences sérieuses, la malade put mener sa grossesse à terme et accoucher normalement ; les suites des couches furent normales aussi.

Ce dernier fait constitue l'intérêt de l'observation. Quant à la nature du traumatisme, l'auteur suppose que le foie a été atteint, et qu'il s'est produit une rupture de cet organe ou une déchirure dans sa capsule. Le sang s'est alors épanché dans le péritoine qui s'est enflammé, et de là a passé dans l'intestin.

ITALIE

De la thrombose infectieuse des sinus crâniens.

M. Ventrini (*Policlino*) commence par faire un historique de la question et rappelle les principales observations de cette maladie, en réalité peu fréquente. Il les fait suivre de trois observations qui lui sont personnelles. De tous ces cas, il tire une étude clinique dont voici les principaux points :

La symptomatologie se rapproche de celle des autres lésions endocrâniennes. Il y a souvent des troubles psychiques importants, mais pas de délire. La température revêt un caractère bien particulier : elle descend de 40 à 41 degrés à la normale, ou même plus bas, et cela très rapidement. A côté de ces symptômes cérébraux, il faut citer ceux qui tiennent à la localisation de l'infection sur d'autres organes. C'est particulièrement au niveau du poumon que se fait cette dernière. On voit l'expectoration plus abondante, constituée par des crachats sombres, avec pus fétide. Enfin, par suite du voisinage des nerfs et des sinus crâniens, les nerfs situés près des sinus malades peuvent être atteints et alors on se trouve en présence de symptômes variables, suivant le nerf lésé.

Cette affection est le plus souvent mortelle. Plusieurs causes peuvent amener la mort. Ce sont les différentes métastases dans différents organes, ce sont diverses complications cérébrales, comme méningite, abcès du cerveau, du cervelet. Plus rarement la mort est due à une paralysie du pneumogastrique.

Il est difficile le plus souvent de diagnostiquer la thrombose des sinus, car cette affection ressemble beaucoup à d'autres affections cérébrales. De plus, la coïncidence de thrombose des sinus avec abcès du cerveau, assez fréquente, rend encore la question plus délicate.

Le traitement est tout au moins aussi difficile à instituer que le diagnostic peu aisé à formuler. Pour Ventrini, il faut avant tout empêcher que les produits septiques se disséminent dans l'économie, et par conséquent aborder franchement les sinus. Il considère l'intervention précoce et radicale comme le seul moyen de venir vraiment en aide au malade. A ce propos, il passe en revue les différents modes opératoires, sur lesquels nous n'insisterons pas ici. Le principal est de connaître le principe sur lequel repose le traitement, pour être à même d'en déduire ce dernier.

RUSSIE

Traitement de l'empyème par la thoracentèse avec substitution.

M. Levachoff (*Archives russes de pathologie, de médecine clinique et de bactériologie*), pour éviter les accidents consécutifs à la thoracentèse et dus à une diminution de la pression intrapleurale, remplace graduellement l'exsudat pleurétique par une solution de 6 à 7 pour 1,000 de chlorure de sodium.

Il a commencé par employer cette méthode expérimentalement sur les animaux ; puis il l'a appliquée à l'homme.

Avec les pleurésies non purulentes, il a obtenu des résultats très favorables. Et même, dans des cas d'empyème, qu'il y a eu l'occasion de traiter par ce procédé, l'auteur a constaté, dès les premiers jours, une amélioration bientôt suivie de guérison complète.

L'auteur se demande si le procédé, qu'il juge très bon, doit être employé dans tous les cas de pleurésie purulente, ou si parfois la thoracotomie ne s'impose pas d'emblée. Il donne la préférence à son procédé, car, dit-il, la thoracotomie est une opération grave, à guérison longue, permettant l'accès de l'air extérieur.

Il y a, toutefois, une contre-indication à la thoracentèse avec substitution : c'est la présence d'adhérences pulmonaires et l'existence de pleurésies purulentes cloisonnées ; et cependant, même dans ces conditions, l'amélioration se manifeste : les troubles circulatoires et respiratoires s'amendent, les forces du malade reviennent.

Aussi l'auteur conseille-t-il de commencer le traitement de toute pleurésie purulente par son procédé ; on ne fera la pleurotomie qu'en cas de cloisonnements multiples avec tendance manifeste à la reproduction du liquide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1896.

Contagion de la tuberculose.

M. Kelsch revient sur cette question qui a fait déjà à l'Académie l'objet de différentes discussions. Il croit qu'à côté de la contagion et de l'hérédité il faut faire une grande place, dans le chapitre de l'étiologie de la tuberculose, à l'auto-infection.

L'auteur rappelle que l'autopsie des tuberculeux montre non seulement les lésions ordinaires de la tuberculose, mais encore dans bien des cas des foyers de bacillose localisés se présentant sous forme de masses fibro-caséeuses avec bacilles. C'est surtout au niveau des ganglions du médiastin et du mésentère qu'on les rencontre. C'est très souvent de ces ganglions qu'est partie la généralisation tuberculeuse qui a emporté l'individu. Dans d'autres cas, ces foyers n'ont pas été le centre d'une généralisation, et c'est ainsi qu'on est étonné de les rencontrer chez des malades morts de toute autre affection que la bacillose.

On sait aujourd'hui que cette tuberculose ganglionnaire latente est surtout l'apanage de l'enfance. N'est-il pas rationnel d'admettre qu'au moment de l'adolescence cette tuberculose latente se manifeste par des lésions viscérales auxquelles le foyer tuberculeux primitif a servi de point de départ ? C'est là l'origine ordinaire des tuberculoses de l'adolescence, bien plutôt que l'absorption de poussières ou d'ingesta.

Enfin, il convient de signaler le rôle de la fatigue et des accidents dans la production de la tuberculose, plus important que

celui de la contagion. C'est pourquoi on peut tenir pour certain que la tuberculose est beaucoup moins souvent acquise dans les casernes qu'elle n'y est importée.

Rôle preventif de la quinine envers le paludisme.

M. Vallin lit ne note de M. Laveran au sujet de la communication de M. Laborde sur l'emploi préventif de la quinine contre le paludisme. La quinine, prise à cet effet, diminue la gravité du paludisme et supprime les accès pernicieux. Elle agit comme parasiticide, et grâce à son ingestion, le sang devient peu propre au développement des hématozoaires. Il n'est pas à craindre que la quinine, administrée d'une façon régulière pendant plusieurs mois, exerce une mauvaise influence sur l'état général du sujet; au contraire, elle tonifie l'organisme. Quant à la dose, elle doit être assez sérieuse pour pouvoir obtenir les résultats désirés. On peut en administrer de 40 à 60 centigrammes tous les deux jours, ou bien suivre la pratique de Césari et Cornehois qui se sont bien trouvés de 20 centigrammes par jour. M. Laveran considère donc, ainsi que M. Laborde, la quinine comme un agent très utile dans la prophylaxie du paludisme.

M. Vallin ajoute qu'il est dangereux de faire remuer la terre par des hommes de race blanche.

M. Colin préfère le sulfate et le chlorhydrate de quinine au chlorhydro-sulfate de quinine dont il redoute l'instabilité et la composition trop peu uniforme.

En ce qui concerne l'apparition du paludisme, on doit se rappeler l'influence des saisons et de la disposition des terrains.

M. Le Roy de Méricourt cite l'opinion de M. Lenoir, médecin de marine, qui soutient que le sulfate de quinine est sans influence sur l'hématozoaire du paludisme.

De l'absorption intestinale.

M. Panas, à propos du travail de M. Dieulafoy, pour qui le rétrécissement de l'intestin à la base de l'appendice cœcal favorise l'absorption des germes et la production d'une péritonite, s'est livré aux expériences suivantes qui confirment l'opinion de M. Dieulafoy.

Il a injecté dans l'anse intestinale de poules du cyanure de potassium. Celle-ci a été ensuite plongée dans une solution de sulfate de fer. Dans le cas normal, alors que l'anse intestinale était libre, on n'obtenait pas de coloration bleue; mais l'anse obstruée par une ligature permettait à la coloration de se montrer. Il est donc bien clair que l'absorption qui ne se fait pas normalement se produit aussitôt qu'une obstruction du canal est produite.

Photographie par les rayons de Rœntgen.

M. Polaillon a essayé de photographier une halle de revolver qu'un malade avait reçu dans l'épaule, en utilisant les rayons de Rœntgen. Bien que le malade ait posé trois heures, aucun résultat n'a été obtenu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 mars.

Bronchite membraneuse chronique.

M. Claisse s'est livré à des recherches portant sur la nature des bronchites membraneuses à forme chronique, en analysant le cas d'un malade dont M. Hucbard a rapporté l'histoire.

Il a ensemencé différentes portions de fausses membranes et a obtenu des colonies de streptocoques. Il a également inoculé au lapin des fausses membranes, produisant ainsi un léger érythème dont la sérosité contenait des streptocoques. L'inoculation de ces mêmes fausses membranes au cobaye et à la souris a été sans résultat.

Enfin, l'examen histologique de coupes de fausses membranes n'a montré qu'une seule fois la présence de streptocoques dans leur épaisseur.

La sérothérapie antistreptococcique a été tentée avec succès. Neuf flacons de sérum de Marmorek, injectés en l'espace de deux mois, firent diminuer l'abondance des fausses membranes et permirent à l'oppression de disparaître.

L'état du malade a été considérablement amélioré. Il faudrait voir si cette amélioration sera définitive. En tous cas, la bronchite membraneuse chronique peut être considérée comme une streptococcie chronique des voies respiratoires.

Nature de la maladie de Landry.

M. Remlinger apporte un argument en faveur de la nature microbienne de la maladie de Landry, en même temps qu'en faveur de sa nature médullaire.

Dans un cas qui avait évolué sans fièvre, avec intégrité des réservoirs, où l'autopsie n'avait permis de trouver aucune lésion de la moelle, l'examen histologique de cette dernière permit, de son côté, de voir des chaînettes de streptocoques dans la corne antérieure. L'ensemencement de la substance nerveuse donna également des cultures de streptocoques.

Lésions nerveuses centrales consécutives à des lésions périphériques.

M. Sadowsky. — Certaines lésions centrales sont consécutives à l'irritation prolongée des nerfs périphériques, prouvant le retentissement des influences nocives sur le neurone. Nos expériences ont bien prouvé que les lésions décrites sont purement d'ordre dynamique, sans que les influences générales sur les centres trophiques soient entrées en ligne de compte.

Caractère de l'urine chez le vieillard valide.

MM. Monier et **Rouxeau** déposent, par l'intermédiaire de M. Gley, une note relatant les résultats des analyses de l'urine de 33 vieillards valides. La tension artérielle moyenne était de 19 degrés. L'albumine était fort rare. La quantité d'urine moyenne était au minimum de 1,310 grammes. Aussi le rein du vieillard semble-t-il avoir un fonctionnement relativement plus actif que celui de l'adulte, et le vieillard paraît un polyurique.

Action du courant continu sur les muscles.

M. Weiss a constaté que le courant continu détermine des lésions musculaires. Ainsi un courant ascendant de 40 milliampères, continué pendant trois semaines, a totalement détruit la peau et les muscles d'un cobaye. A intensité égale, les lésions du courant descendant sont moins considérables que celles du courant ascendant.

Sécrétion de substances thermogènes par les globules blancs.

M. Pillon attribue à la phagocytose un rôle dans la production de la fièvre corpusculaire d'Ughetti. On ignore encore quelles sont les substances pyrétogènes que les globules blancs sécrètent; mais il est certain que ces substances sont multiples.

Sérothérapie antialcoolique.

M. Toulouse. — Deux chiens ont été soumis à l'intoxication alcoolique pendant six jours, à la dose de 40 grammes d'alcool éthylique par jour. Ils ont ensuite été saignés, et leur sérum injecté à un alcoolique de l'asile Sainte-Anne. Cet alcoolique était en proie à une crise d'intoxication aigue avec fièvre et tremblement. Neuf centimètres cubes furent injectés en quarante-huit heures. Bientôt la température tomba, et les accidents psychiques guérirent. Mais, vu la facilité avec laquelle les alcooliques guérissent d'ordinaire, on ne saurait affirmer qu'il s'agit sûrement d'une guérison par le sérum.

Injection de glande pituitaire.

MM. Mairet et **Bosc**. — L'injection sous-cutanée du liquide obtenu par la trituration de deux glandes pituitaires de bœuf produit, chez l'homme sain, une légère élévation de température, un état saburral, de la fatigue, de l'abattement, un peu de fréquence du pouls. La densité de l'urine est augmentée, de même que l'urée et les phosphates. Tous ces phénomènes ne durent pas plus de quarante-huit heures.

Injecte-t-on des glandes pituitaires aux épileptiques, les attaques, au lieu de diminuer, ont plutôt tendance à augmenter.

Extrait rénal dans l'épilepsie.

MM. Mairet et **Bosc** ont traité vingt épileptiques par l'extrait glycériné de rein de bœuf. Ce traitement est sans aucun résultat. Les attaques ont été augmentées, ce qui est sans doute le fait de la suppression du bromure et non du traitement par l'extrait rénal.

De l'action coagulante de la gélatine sur le sang.

MM. Dastre et **Floresco** ont démontré que la gélatine est un agent coagulateur, non seulement *in vivo*, mais aussi *in vitro*. Lors de la prise en gelée, la gélatine est expulsée du caillot et de la masse des globules. La gélatine ne se répartit que dans le plasma. Enfin, les auteurs signalent l'antagonisme de la gélatine et de ses propeptones, voisines cependant à bien des points de vue.

M. Féré lit une note sur *l'influence de l'exposition préalable aux émanations du musc et aux vapeurs d'essence sur l'incubation de l'œuf de poule.*

M. Sadowsky dépose une note sur une *modification à la méthode de Nissl pour la coloration du protoplasma des cellules nerveuses.*

MM. Hugounenq et **Paviot** montrent que la teinture de gaïac vire au bleu quand on la fait agir sur une tumeur à évolution rapide. Cependant, le fait ne s'est pas produit pour quelques tumeurs considérées comme très malignes.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

Rubéole et rougeole.

M. Dauchez. — La rubéole est une affection rarement sporadique, mais presque toujours épidémique : elle dure cinq à huit jours, a des poussées successives, est polymorphe, prurigineuse et même fébrile.

Si nous rappelons ces caractères de la rubéole, c'est que nous avons constaté un cas où ils faisaient défaut et où, seules, se sont montrées la bénignité, la rapidité d'évolution, l'exanthème et l'énanthème, avec polyadénite, angine et coryza légers.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que la rubéole en question est apparue dans un foyer de rougeole. Une jeune fille de seize ans a, en effet, été atteinte de rubéole, vivant au milieu d'enfants atteints de rougeole. On comprend donc que le diagnostic de rubéole ait été assez difficile à porter.

Cette jeune fille avait eu, il est vrai, la rougeole dans son enfance, mais on sait que les récidives de rougeole sont des faits qui ne sont pas très rares.

On comprend donc que, les deux premiers jours, le diagnostic de rubéole ait été hésitant, mais, le troisième jour, en présence de la rapidité d'évolution de la polyadénite cervicale, de la bénignité des exanthèmes et surtout de l'apyrexie complète de la malade, le diagnostic s'imposait.

Huit jours d'ailleurs après l'éruption, la malade était guérie, il n'y avait eu qu'une très légère desquamation furfuracée. L'angine avait disparu assez rapidement, mais le gonflement du cou et la douleur avaient persisté plus longtemps. D'ailleurs, ce cas de rubéole n'a été suivi d'aucun autre cas semblable et l'épidémie de rougeole s'arrêtait en même temps que se terminait la rubéole de la malade.

Dosage et séméiologie de l'uroérythrine.

M. Gautrelet a fait une étude approfondie de l'uroérythrine, qui constitue un pigment normal de l'urine au même titre que l'urobiline, mais qui n'a pas été, jusqu'à présent, suffisamment indiquée par les auteurs classiques.

L'uroérythrine a été peu étudiée jusqu'ici, parce que les auteurs classiques n'avaient pour la constater que des procédés grossiers. Elle est, au même titre que son congénère urinaire, l'urobiline, un amide dérivant de l'hémoglobine ; mais, au lieu d'avoir la couleur rouge-brun de l'urobiline, l'uroérythrine offre une coloration rose-rouge. Enfin, l'uroérythrine comme l'urobiline est très soluble dans l'alcool.

L'uroérythrine, de même que l'hémoglobine et que l'urobiline, a des propriétés spectroscopiques très nettes au point de vue des phénomènes d'absorption ; en effet, l'orateur a toujours vu que l'uroérythrine a deux bandes supplémentaires : l'une dans l'orange, à gauche de C ; l'autre dans le jaune, entre C et D. Ces conclusions ne sont pas celles auxquelles sont arrivés d'autres expérimentateurs, mais, pour sa part, l'orateur les a trouvées d'une façon constante.

Physiologiquement, le dosage de l'uroérythrine nous apprend que ce corps existe dans l'urine dans des conditions de poids égales aux deux tiers de l'urobiline, soit 0 gr. 28 par litre. Un adulte en bonne santé doit en éliminer 0 gr. 0066 par unité de coefficient biologique et par 24 heures.

Le second terme du problème consiste à rechercher sous quelles influences se produisent les variations de l'uroérythrine. Voici les résultats auxquels M. Gautrelet est parvenu, en cas de maladies chroniques et aiguës et en se servant d'une méthode dans laquelle il a réussi à employer des épaisseurs d'urine allant jusqu'à dix centimètres.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une lésion du pancréas ou même en présence d'un simple trouble fonctionnel de cet organe, l'analyse urologique montre une atténuation absolue ou relative de l'uroérythrine coïncidant avec une augmentation de l'urobiline.

Dans les cas d'affection du cœur localisée aux valvules mitrales, on trouve, au contraire, une augmentation relative de l'uroérythrine par rapport à l'urobiline. L'auteur accompagne ces différents principes des résultats d'analyses qu'il a faites chez les diabétiques et les cardiaques.

Passant ensuite à l'examen des maladies aiguës, M. Gautrelet démontre que les rapports de l'urobiline et de l'uroérythrine ne varient qu'en cas de fièvre. Alors, en même temps qu'il y a augmentation relative de l'uroérythrine, il y a augmentation relative de l'acide urique.

Accidents consécutifs aux injections.

M. Verchère cite le cas d'une femme chez qui, après une injection de sérum de Marmorek, se développa une tumeur mobile au niveau de la paroi abdominale. L'incision donna écoulement à un demi-litre de pus de bonne nature.

M. Moutier cite trois cas de malades ayant reçu une injection de liquide de Brown-Séquard, préalablement filtré. Les précautions aseptiques furent prises. Les deux premiers malades eurent des abcès peu volumineux. Le troisième eut un énorme abcès qui décolla les muscles de la région dorso-lombaire. Il contenait au moins un litre de pus. Ce malade, qui était tuberculeux, fut amélioré pour quelque temps. Ce dernier fait mérite de fixer l'attention.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

De la vésication cantharidée.

Dans ses dernières séances, la Société de Thérapeutique a abordé un problème souvent posé par les cliniciens et dont la solution n'est pas encore établie. La discussion a été soulevée par **M. Huchard** qui s'est vivement élevé contre l'emploi du vésicatoire cantharidé.

Il reproche à ce vésicatoire d'être une menace perpétuelle pour le rein. De plus, il crée une porte d'entrée qui est capable de permettre aux plus graves infections de s'introduire dans l'organisme. C'est pour ces raisons que M. Huchard proscrit l'usage du vésicatoire qu'il voudrait voir définitivement exclu de la pratique médicale.

Le vésicatoire est surtout dangereux dans les pyrexies aiguës comme les pneumonies, les broncho-pneumonies, les fièvres typhoïdes, les pleurésies. A cela il y a plusieurs motifs : tout d'abord, d'après l'orateur, le vésicatoire n'aurait jamais eu d'influence sur l'évolution et la guérison de ces pyrexies ; de plus, en faisant usage du vésicatoire, on risque d'introduire dans l'organisme déjà en proie aux toxines de chacune de ces affections, des éléments susceptibles de produire une nouvelle source d'intoxication.

Un autre ordre de maladies, dans lesquelles l'usage des vésicatoires est également funeste, est constitué par les cardiopathies, les angines de poitrine. Chez ces malades, la dépuration urinaire est ordinairement compromise, il faut donc se garder de l'entraver davantage encore par l'usage du vésicatoire cantharidé.

M. Ferrand ne partage pas l'opinion de M. Huchard : pour lui, le vésicatoire a rendu et rend encore d'incontestables services. C'est un fait qui, à ses yeux, ne laisse aucun doute, et qui a été plus d'une fois démontré.

D'autre part, le vésicatoire est-il susceptible de produire différents accidents ? Ce point n'est pas contesté par M. Ferrand, mais tous les médicaments employés d'une façon inconsidérée provoquent des accidents ; cependant on ne les rejette pas pour cela.

Sans doute, très exceptionnellement, le vésicatoire a pu réveiller des néphrites latentes ; il a peut-être même pu provoquer des altérations inflammatoires dans des reins auparavant tout à fait normaux. Mais ce sont là des exceptions sur lesquelles il ne faut pas poser des conclusions fermes ; encore dans ces cas peut-on accuser, la plupart du temps, la vésication d'être trop étendue ou trop prolongée. En ce qui concerne la question de l'infection, c'est au praticien à prendre ses précautions. Si l'ampoule du vésicatoire est pansée de façon aseptique, il n'est point à craindre qu'elle suppure, et tout danger d'infection est écarté.

D'ailleurs la cantharidine, employée à dose faible, n'a-t-elle pas été prescrite par des cliniciens éminents, même à des brightiques, dans le but d'agir efficacement sur le filtre rénal ?

Aussi peut-on dire que le vésicatoire, loin d'être dangereux, est au contraire d'une grande utilité. Mais pour cela il faut savoir s'en servir, il faut le manier avec prudence, avec circonspection, en se rappelant que, comme tout agent thérapeutique, le vésicatoire en des mains inexpérimentées peut produire un effet inverse de celui qu'on en attend.

D'ailleurs, la physiologie pathologique n'a-t-elle pas prouvé que la vésication cantharidée peut concourir à la défense de l'organisme, parce qu'elle favorise le processus de la phagocytose?

M. Adrian fait remarquer que seul le vésicatoire cantharidé est capable de produire une vésication lente, progressive et sans douleur ; mais, ajoute-t-il, le vésicatoire vulgaire pourrait être remplacé avec avantage par le vésicatoire liquide de Bidet.

M. Mathieu n'admet pas, comme M. Ferrand, que le vésicatoire ait un rôle phagocytaire ; pour lui le vésicatoire doit actuellement céder la place à d'autres révulsifs, comme les cataplasmes sinapisés, les ventouses, le chlorure de méthyle. Ces derniers agents possèdent la même efficacité que le vésicatoire : de plus, ils n'ont pas les inconvénients du vésicatoire, qu'il est vraiment impossible de nier. A un point de vue le vésicatoire est utile, c'est lorsqu'il est employé comme moyen de suggestion.

M. Le Gendre considère comme encore très peu démontré le rôle phagocytaire du vésicatoire, et il ne croit pas que cet agent puisse provoquer un processus phagocytaire généralisé.

Quant à son emploi comme moyen de suggestion, M. Le Gendre est d'accord avec M. Mathieu pour reconnaître qu'à ce point de vue le vésicatoire est avantageux. A part ce cas spécial, l'orateur considère qu'il vaut mieux laisser le vésicatoire de côté. Ou bien, dit-il, le vésicatoire est dangereux, ou bien il est inefficace. Enfin, la lésion provoquée par le vésicatoire empêche le médecin d'agir d'une autre façon au niveau des téguments.

M. Saint-Yves-Ménard ajoute quelques mots au sujet de l'emploi du vésicatoire au point de vue vétérinaire. Chez les chevaux, dit-il, il a une grande influence contre les tumeurs sanguines provoquées par la pression de la selle sur le dos de l'animal. De plus, jamais l'orateur n'a vu se produire chez les chevaux d'accidents que l'on puisse rapporter à l'usage du vésicatoire.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 17 mars 1896.

Grossesse tubaire, rupture, laparotomie.

M. Doléris. — Femme de 30 ans. Fausse couche probable compliquée d'accidents infectieux il y a huit ans.

Au milieu d'une santé parfaite, le 10 février 1896, des phénomènes abdominaux apparaissent. Douleur vive dans l'hypogastre surtout à droite, état syncopal. Ils sont attribués à la pelvi-péritonite.

L'utérus paraissant développé anormalement, on songe à une grossesse coexistante. Les règles ont apparu normalement le 5 janvier et le 15 janvier nouvelle perte prolongée quotidiennement allant en s'atténuant jusqu'en février. Redoublement le 5 février, époque des règles. Quatre jours après, crise abdominale. La malade est alitée et l'état reste stationnaire. Le 6 mars, nouvelle crise moins violente que la première ; le ventre est tendu, ballonné, impossible à palper. La constipation est opiniâtre, le toucher ne révèle pas les tumeurs massives caractéristiques de la salpingo-ovarite ; les lésions paraissent diffuses dans la région hypogastrique.

Une intervention est décidée en principe et on attendait que la malade fût transportable lorsque, le 12 mars 1896, à l'occasion d'un lavement, une troisième crise beaucoup plus grave se produit. Comme dans la crise précédente les douleurs sont très vives, la pâleur extrême, faciès grippé, état syncopal, soif vive, hypothermie 35°4, pouls rapide, anhélation. Malgré l'état d'extrême faiblesse de la malade, la laparotomie est pratiquée d'urgence.

Le diagnostic probable était hématocèle pelvienne due à la rupture d'une grossesse ectopique.

Opération, 13 mars. — On trouve l'épiploon adhérent à la paroi, une nappe de sang liquide est répandue entre les anses intestinales, le bassin est rempli par une poche tendue adhérente à l'intestin qui lui fait une paroi adventice du côté de l'abdomen.

Ouverture de la poche, extraction de caillots et de sang liquide, le tout évalué à 1 litre 1/2 ; au milieu nage un fœtus frais et des débris de placenta.

Nettoyage de la poche qui occupe tout le fond du bassin et qui est formée en grande partie par la trompe droite distendue et rompue à droite et en arrière.

Résection des lambeaux flottants de la trompe. La partie adhérente du placenta est laissée en place. Perforation du cul-de-sac postérieur, passage d'un drain abdomino-vaginal, drainage à la gaze iodoformée par l'orifice abdominal.

Suites très favorables malgré l'état exsangue et la dépression extrême de l'opérée dont le pouls, plusieurs fois durant l'opération, a été imperceptible.

Infection des voies génitales chez une vierge par un staphylocoque blanc.

M. Doléris. — Les infections par des microbes faiblement pathogènes sont mal connues.

Le cas actuel a permis d'étudier le développement silencieux apyrétique, indolore, d'une inflammation torpide étendue de la muqueuse utérine au péritoine, due à l'action d'un staphylocoque blanc.

Il s'agit d'une vierge affectée de ménorrhagies pour lesquelles elle a déjà subi un curettage en 1889. Les accidents au lieu de s'amender, ayant augmenté, elle est examinée en 1896 par M. Doléris qui découvre une tumeur du volume d'une pomme dans les annexes droites, et une vague tuméfaction dans les annexes gauches.

M. Doléris enlève par la laparotomie : 1° à droite l'ovaire affecté d'un kyste simple à paroi mince, unique, à contenu fluide, légèrement citrin, la trompe atrophiée et fermée, peu d'adhérences; à gauche, un ovaire petit et une trompe kystique, longue de 15 cent. aux parois extrêmement amincies et transparentes, distendue, du volume d'un houdin et contenant un liquide limpide et à peine coloré, quelques adhérences trabéculaires à l'intestin, abcès miliaires sous-séreux sur le tronçon sectionné de la trompe gauche. Guérison sans trouble.

L'étude bactérioscopique a montré dans le mucus utérin, dans la trompe et dans l'abcès sous-séreux un staphylocoque très peu pathogène. Inoculé au cobaye, il a produit une tuméfaction passagère avec engorgement ganglionnaire. Accidents qui ont cédé au bout de huit jours.

Le début de l'infection paraît avoir coïncidé avec l'apparition d'une leucorrhée abondante et celle des ménorrhagies.

Hémorrhagie dans un énorme kyste ovarique contenant vingt-trois litres de liquide, ovariotomie, guérison.

M. Fournel. — Il est rare de rencontrer actuellement des tumeurs abdominales ayant acquis un énorme développement, pour la raison qu'on les opère maintenant de bonne heure. Les pièces que M. Fournel présente à la Société ont été enlevées par la laparotomie à une femme de 34 ans. C'est un kyste de l'ovaire droit, formé de quatorze poches kystiques, contenant à elles toutes 23 litres de liquide. La plus volumineuse était la plus antérieurement située, elle contenait douze litres d'un liquide de la couleur du café noir foncé. Il avait dû se produire dans cette poche une assez récente hémorrhagie, cause et de la coloration spéciale du liquide et de l'accroissement brusque qu'a subi la tumeur six semaines avant l'opération.

Brièveté relative du cordon, décollement prématuré du placenta, fœtus mort-né.

M. Siron. — Il s'agit d'un accouchement par le sommet en O. I. G. A. Tout se passa normalement jusqu'à la dilatation complète. A ce moment les bruits du cœur se ralentissent, deviennent très sourds et l'enfant naît un quart d'heure après en état d'asphyxie blanche et ne put être ranimé. Le cordon s'insérait en raquette sur le placenta; il mesurait 0.47 centim. et présentait un circulaire très serré autour du cou du fœtus. On trouve du côté de la face utérine du placenta deux caillots, l'un très étendu, au niveau de son bord supérieur, l'autre un peu plus petit à droite du premier sur le bord cortical. Caillot volumineux engagé dans le sinus circulaire.

Par le fait du circulaire autour du cou, et de la descente des épaules pendant l'engagement, il est résulté une brièveté relative du cordon, d'où tiraillement sur le bord supérieur du placenta, décollement prématuré, hémorrhagie et mort du fœtus.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 13 AU 18 AVRIL 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Reynier, Tuffier, Delbet. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Retterer, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, André, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrier, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Reclus, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Gilles de la Tourette.

Mardi 14 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Berger, Nélaton, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Campenon, Rémy, Roger. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Bar, Albarran. — 4e : MM. Proust, Dieulafoy, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Ménétrier, Achard.

Mercredi 15 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Reclus, Lejars, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Delbet, Wurtz. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Ch. Richet, Grancher, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Reynier, Tuffier, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Ricard, Walther.

Jeudi 16 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Mathias-Duval, Poirier, Rémy. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Hartmann, Achard. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Dieulafoy, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Albarran, Nélaton, Ménétrier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Berger, Bonnaire. 3e (2e partie, 1re série) : MM. Laboulbène, Hutinel, Wurtz. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Grancher, Joffroy, Netter. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 17 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Tillaux, Sebileau, Walther. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Heim, André. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Terrier, Delbet, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Marchand, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Grancher, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Thoinot.

Samedi 18 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Rémy, Quénu, Albarran. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Gley. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Marie, Marfan. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Hartmann, Thiéry. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Dentu, Berger, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Hutinel, Gilbert. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 avril, à 1 heure. — *M. Salvy :* Des rapports de l'érysipèle et de la menstruation (MM. Straus, Tillaux, Varnier, Broca). — *M. Levassort :* La stérilisation pratique en chirurgie (MM. Tillaux, Straus, Varnier, Broca). — *M. Descouleurs :* Du traitement de la gale par le baume du Pérou (MM. Pouchet, Joffroy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Leroy :* Les persécutés persécuteurs (MM. Joffroy, Pouchet, Netter, Gilles de la Tourette).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Cours libres du deuxième semestre de l'année scolaire 1895-1896.

(Amphithéâtre Cruveilhier).

M. Bérillon. — Psychologie physiologique et pathologique. Applications cliniques et médico-légales de l'hypnotisme : les mardis et samedis, à 5 heures; mardi 21 avril 1896, première leçon.

M. Foveau de Courmelles. — Electricité statique et atmosphérique. Applications médicales. Du rôle épidémiologique de l'électricité atmosphérique et de ses conséquences sur l'air ambiant : les lundis, à 5 heures; lundi 20 avril 1896, première leçon.

M. Gaube (du Gers). — Minéralogie biologique : les mardis et jeudis, à 4 heures ; jeudi 30 avril 1896, première leçon.

M. Verrier. — L'hydrothérapie rationnelle et empirique. Indications : les jeudis, à 3 heures ; jeudi 16 avril 1896, première leçon.

Hôpital Ricord.

M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le samedi 18 avril, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Exercices opératoires.

Sous la direction de M. P. Poirier, chef des travaux anatomiques.

M. le Dr Mauclaire, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration, le mardi 14 avril 1896, à une heure précise, pavillon n° 7.

NOUVELLES

Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

La séance annuelle de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra les 9, 10 et 11 avril, à 9 heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis.

Société de chirurgie.

La séance annuelle aura lieu le mercredi 29 avril.

Ordre du jour :

1° Allocution de M. Th. Anger, président ;

2° Rapport annuel sur les travaux de la Société par M. Segond, secrétaire annuel ;

3° Eloge de M. A. Guérin par M. Reclus, secrétaire général ;

4° Proclamation des prix.

Association de la Presse médicale française.

Réunion extraordinaire du 1er avril 1896.

M. le professeur Klein, président du Comité exécutif du XIIe Congrès international de Médecine de Moscou, a écrit à M. le professeur Cornil, président de l'Association de la Presse médicale française, une lettre demandant à M. Cornil d'organiser un Comité national français, chargé de faire connaître à tous les médecins de France les décisions du Comité central.

A ce Comité français serait dévolue la fonction d'organiser la publicité nécessaire dans notre pays, de centraliser les cotisations, de s'entendre avec les Compagnies de chemins de fer pour le transport des congressistes, etc.

Les membres de l'Association de la Presse médicale, ayant répondu à la convocation de ce jour, saisissent avec empressement cette occasion de témoigner leur sympathie au corps médical russe et constitueront un Comité national, suivant le désir du Comité exécutif du Congrès de Moscou.

Ce Comité sera organisé dans la prochaine réunion ordinaire de l'Association de la Presse, qui aura lieu le 1er mai prochain.

Le secrétaire général,
Marcel Baudouin.

Cours et conférences.

Le docteur Auvard reprendra ses conférences de gynécologie, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche (près le Panthéon), le mercredi 14 avril, à 2 heures, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. (Ces conférences sont publiques et gratuites.)

Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à lire, d'une manière régulière, le journal *le Parfait Nourricier*, que la plupart d'entre eux reçoivent. Ses articles, toujours très intéressants, sont particulièrement consacrés aux choses de l'accouchement, à l'hygiène et à la thérapeutique infantiles. Le journal *le Parfait Nourricier* tire à cinquante mille ; c'est dire qu'il a une énorme publicité. Il n'est reçu que par des membres de notre profession, en France et à l'étranger.

La Société de géographie de Paris a décerné une *médaille d'or* (prix Louise Bourbonnaud) à M. le docteur L. Lapique (de Paris), pour son Voyage sur la côte du Beloutchistan et dans le golfe Persique et plus particulièrement pour ses études sur la race des Négritos.

NOTES POUR L'INTERNAT

PARALYSIES DIPHTÉRIQUES

(Symptomatologie et diagnostic.)

D'essence plutôt que de nature diphtérique, distinction qui nous montre, mise en cause, la toxine élaborée par le bacille de Klebs-Lœffler (Roux et Yersin), et non lésions directes du bacille lui-même. Telles doivent être envisagées les paralysies diphtériques.

1° Quelle en est la symptomatologie ?

2° Quels sont les éléments du diagnostic ?

SYMPTOMATOLOGIE

Trois types à considérer :

1° Type normal classique :

C'est la forme localisée.

2° Type dévié vers la bénignité :

C'est la forme fruste.

3° Type dévié vers la malignité :

C'est la forme complète, généralisée.

I. Type normal classique.

Comme prototype : adulte, homme de 20 à 30 ans environ, préalablement atteint d'angine diphtérique.

α *Quand débutera la paralysie ?*

A la fin de la convalescence, 10 à 15 jours environ après la guérison de la diphtérie.

β *Comment débutera-t-elle ?*

Par une légère poussée fébrile, un peu d'albuminurie, de la tachycardie.

γ *Par où débutera-t-elle ?*

Par la région palato-pharyngée où elle va se localiser.

Symptômes.

1° Fonctionnels :

a) Troubles de la phonation.

Nasonnement, voix enrouée, voilée, labiales *b* et *p*, prononcées comme *m*.

b) Troubles de la déglutition.

Déglutition gênée pour le double motif, *palatin* d'une part, *pharyngé* d'autre part. Rejet des liquides par le nez, les solides sont avalés avec plus de facilité. Possibilité de déglutition dans les voies aériennes et de pneumonie consécutive. (Schluckpneumonie des Allemands.)

c) Troubles de la respiration.

Pervertie dans certains actes seulement ; impossibilité au paralytique palato-pharyngé de bâiller, de se gargariser, de sucer, de fumer.

d) Troubles de l'audition.

Sens auditif légèrement émoussé à cause de l'action de péristaphylins sur trompe d'Eustache.

2° Physiques.

a) Examen au laryngoscope.

Voile du palais pend et ferme l'arrière-bouche à la façon d'un demi-voile restant immobile ou à peu près.

b) Examen de la sensibilité.

Ne réagit plus aux titillations, aux excitations mécaniques, plus de réflexes nauséeux, anesthésie peut se prolonger jusqu'au niveau de l'épiglotte et des recessus pharyngiens.

Contractilité électrique musculaire conservée.

3° Généraux.

Peu ou pas, parfois un peu de fièvre, légère tachycardie, légère albuminurie.

II. Type dévié vers la bénignité.

C'est le type fruste, c'est la paralysie partielle du voile du palais.

a) Paralysie du palato-staphylin.

Déviation de la luette du côté opposé.

b) Paralysie des péristaphylins internes.

Abaissement relatif du voile.

c) Paralysie des péristaphylins externes.

Concavité inférieure du voile plus accentuée.

d) Paralysie des staphylo-pharyngiens et glosses.

Abolition des mouvements de rideaux des piliers.

En somme, paralysies partielles ou hémiplégies palatines reconnaissables surtout à leurs symptômes objectifs, très peu de symptômes fonctionnels.

III. Type dévié vers la malignité.

C'est le type complet, la forme généralisée. Envahissement tour à tour et dans l'espace de 2 à 3 jours des muscles de la vie de relation, puis plus tard des muscles de la vie organique.

I. Muscles de la vie de relation.

Ordre de succession de la paralysie.

Voile du palais, pharynx, larynx, appareil oculaire, membres inférieurs, membres supérieurs, cou.

Symptomes.

Se rapporter, pour la paralysie du voile et du pharynx, au type palato-pharyngé.

A. Larynx.

Laryngé supérieur, plus souvent atteint. D'où dysphonie.

Laryngé inférieur, plus rarement lésé.

Quand il y a paralysie des constricteurs :

Dysphonie, aphonie, pas de gêne respiratoire.

Quand il y a paralysie des dilatateurs :

Gêne respiratoire intense, dyspnée, tirage, mort imminente, nécessité de trachéotomie.

B. Appareil oculaire.

Musculature externe : Muscle droit externe, plus rarement paralysé. D'où : strabisme interne et phénomènes de diplopie homonyme. A signaler encore : strabisme bilatéral, ptosie, ou même ophtalmoplégie entière.

Musculature interne : Double caractère d'envahir simultanément les deux yeux, et d'atteindre le muscle ciliaire seul, en respectant muscle irien. D'où : paralysie de l'accommodation seule aux objets éloignés ou rapprochés, amblyopie relative, pas de signe d'Argyll, pas de neuro-rétinite, pas de scotome.

C. Membres inférieurs.

Type paraplégique de Jaccoud.

Localisation : Groupe antéro-externe de la jambe, péroniers et extérieurs.

Motilité : Déambulation spéciale. Steppage de Charcot : action de relever la cuisse sur le bassin pour empêcher le heurt du pied contre le sol.

Sensibilité : Peu ou pas pervertie à tous les modes (tact, douleur, température).

Réflexes tendineux : Variables, plus souvent abolis.

Réflexe cutané plantaire, crémastérien, abdominal affaiblis.

Sphincters : Respectés presque toujours, aussi bien le vésical que l'anal.

Souvent, impuissance génitale.

Troubles trophiques : Néant, point très important.

Règle générale : Pas d'amyotrophies, pas de rétractions fibro-tendineuses consécutives ; quelques exceptions : cas de Larue, d'Eulenburg.

Réactions électriques : Réaction de dégénérescence partielle, augmentation contractilité galvanique, diminution contractilité faradique.

D. Membres supérieurs.

Localisations suivant le type Aran-Duchesne (muscles de l'éminence thénar), ou le type anti-brachial de Remak (fléchisseurs épithrochléens) ou le type Erb-Duchenne (deltoïde, brachial antérieur, biceps), analogie des symptômes avec ceux des membres inférieurs.

E. Cou.

Localisation trapèze et sterno-cléide, d'où dodelinement et flexion de la tête.

Parfois muscles de la face, de la langue, des lèvres, des joues, sont pris et réalisent le type pseudo-bulbaire.

En règle générale, pas de troubles psychiques.

II. Muscles de la vie organique.

Syndrôme bulbaire de Duchenne, type cardio-pulmonaire. Paralysie des muscles de Reissessen, paralysie de la fibre cardiaque, d'où accès de suffocation, dyspnée, arythmie, affolement du cœur. Issue fatale.

Evolution.

Premier type : 3 à 4 semaines, pronostic favorable.

Deuxième type : 8 à 15 jours, pronostic bénin.

Troisième type : Des mois — 4 à 6 mois, — pronostic sérieux, fatal quand il y a syndrôme bulbaire de Duchenne.

DIAGNOSTIC.

I. Cas où le diagnostic semble s'imposer :

Il y a eu angine, il y a paralysie consécutive. Est-on en droit d'affirmer la nature diphtérique de la paralysie ? Non, sans le contrôle de l'examen bactériologique ; en effet, cas de Barbier, de Martin, paralysies analogues survenues à la suite d'angines non spécifiques.

II. Cas où le diagnostic est plus difficile :

Il n'y a pas eu d'angine et cependant la paralysie paraît diphtérique ; alors :

Rechercher portes d'entrée étiologiques : voies oculaire, nasale, vaginale, cutanée.

Se souvenir cas de Boissarie (paralysies précédant l'angine).

Eliminer :

Pour le type palato-pharyngé :

L'hystérie : pas de fausse déglutition. Stigmates hystériques ; en outre :

Pour le type pseudo-bulbaire :

a) Les lésions corticales : Mais ictus — autres phénomènes d'hémiplégie.

b) Les lésions bulbaires secondaires : Consécutives à la sclérose en plaques, sclérose latente amyotrophique, syringomyélie, myélopathie Aran-Duchenne.

(Examen des réflexes et surtout évolution de la maladie.)

Pour le type pharyngé seul.

Les *compressions* du *récurrent* consécutives aux tumeurs du cou, médiastin, anévrysmes.

Pour le type névritique pseudo-ataxique.

Le *tabès*, mais incoordination spéciale, signe d'Argyll, symptômes vésicaux, douleurs fulgurantes.

Pour le type névritique paraplégique.

Symptôme capital, absence d'amyatrophie ; en outre, dans :

Polynévrite alcoolique : Tremblement, psychose, scotome central ;

Polynévrite saturnine : Anamnèse, liséré saturnin de Burton, coliques ;

Polynévrite diabétique : Sucre dans les urines, alternance des paralysies.

Pour le type cardio-pulmonaire.

Se rappeler que la paralysie diphtérique est, de toutes les polynévrites, la plus propre à réaliser ce terrible syndrôme.

Ath. S.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 16 18 Avril 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas de prostatite blennorrhagique subaiguë,

Par A. Guépin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La prostatite glandulaire subaiguë, complication relativement fréquente de la blennorrhagie et, dans les faits que nous connaissons, succédant toujours à un écoulement uréthral, mérite l'épithète de blennorrhagique, à la condition que ce qualificatif ne soit point pris dans le sens exclusif d'infection uréthrale par le gonocoque. Il y a deux ans, dans un mémoire sur les *Glandes de l'urèthre* (1), nous avons eu l'occasion de décrire sa symptomatologie; une courte revue de publication récente (2) prouve que cette variété de prostatite reste méconnue et qu'il est peut-être nécessaire d'en rechercher de nouveaux exemples. Une raison, la principale peut-être, de celles qui font que la prostatite subaiguë est encore ignorée, est sans doute que cette dernière passe le plus ordinairement à l'état chronique d'une façon insensible et même parfois insidieuse. Mais lorsque l'attention attirée particulièrement sur ces faits, on examinera avec soin les sujets au moment du déclin de la blennorrhagie ou même pendant le cours, en apparence normal, de cette affection, de nouvelles observations viendront prouver la justesse de ce que nous croyons pouvoir affirmer déjà.

C'est, en effet, vers la fin de la blennorrhagie, alors que la période aiguë est passée, que la prostatite commence à évoluer ; elle paraît surtout à craindre chez les sujets dits lymphatiques. Son début est insidieux ou manifeste : le toucher rectal est donc parfois le seul moyen de reconnaître l'envahissement des glandes prostatiques ; parfois aussi, on est mis sur la voie par les signes ordinaires de la prostatite, atténués il est vrai, si l'on songe à l'intensité qu'ils prennent dès l'origine dans les prostatites aiguës.

Que l'infection prostatique débute lentement et sourdement, ou bien, au contraire, avec une brusquerie et une acuité suffisantes pour imposer le diagnostic avant l'exploration rectale, les symptômes physiques et fonctionnels, plus ou moins accusés, sont toujours comparables. Fréquence des mictions, douleurs en urinant, pesanteur périnéale, parfois élancements, en arrière des bourses, coïncident avec un écoulement purulent à caractères spéciaux et avec des urines troubles où nagent des filaments. Ainsi qu'il a été dit, le toucher rectal permet alors de reconnaître le gonflement total de la prostate, l'effacement du sillon médian, si net chez les jeunes sujets (1) : et, plus tard, lorsque le traitement agit heureusement, il fera discerner dans les glandes des noyaux indurés et sensibles, culs-de-sac glandulaires distendus par les sécrétions anormales et dont l'évacuation du contenu est le prélude de la guérison.

Les deux faits rapportés ici montrent à la fois les difficultés du diagnostic de la nature de la prostatite et du pronostic même de l'affection. En outre, on y voit que si la prostatite glandulaire subaiguë peut guérir sans passer à l'état chronique, la glande jadis infectée reste, chez les jeunes et *a fortiori* chez les vieux, un point de moindre résistance. Aussi, chez ces malades, faut-il faire des réserves pour l'avenir, s'ils contractent une nouvelle infection uréthrale et peut-être également encore sur le réveil possible d'accidents dont la cause semble ou semblait supprimée. Ceci explique pourquoi le titre de l'observation II porte « grande amélioration » et non point guérison ; d'ailleurs ces considérations ont déjà été longuement exposées dans le premier travail traitant de la question.

Observation I. — *Prostatite blennorrhagique subaiguë.*

X..., 35 ans, rhumatisant, contracte la blennorrhagie pour la première fois à la fin de 1895. Il se soigne lui-même par les émollients, puis par les balsamiques, et après quelques semaines,

(1) Reliquet et Guépin : *Les glandes de l'urèthre*, tome I, pages 131 et suivantes. Paris 1894.

(2) A. Guépin : *Prostatite blennorrhagique subaiguë*, *Tribune médicale*, 18 mars 1896.

(1) A. Guépin : *Comment il faut explorer la prostate*, *Journal des Praticiens*, 1er février 1896.

se croit guéri. Cependant, il a encore un écoulement purulent, peu abondant, mais d'odeur fétide.

En février 1896, brusquement, dit-il, il est pris de douleurs en urinant. A partir de cet instant, les mictions sont fréquentes, de plus en plus pénibles; il marche avec peine, s'asseoit avec précautions, souffre au périnée et d'érections persistantes; l'écoulement reste le même. La nuit est sans sommeil, avec des besoins incessants et de la fièvre. Le lendemain, il vient chez moi.

Au toucher rectal, la prostate est très tuméfiée, très sensible, moins cependant que si un phlegmon se préparait. Le malade est mis au repos absolu. Des lavements biquotidiens, des suppositoires, le régime lacté absolu sont conseillés.

Dès le soir du même jour, il va mieux. L'amélioration continue les jours suivants; on sent alors de petits noyaux indurés dans la prostate qui s'affaissent sous la pression du doigt; il ne s'écoule presque rien au dehors, mais les urines sont très troubles. Huit jours après le début des accidents, X... se croit encore une fois guéri; tout est revenu à l'état normal. Le toucher rectal, pratiqué de nouveau, prouve cependant que la prostate, dans son lobe droit, contient encore quelques points indurés facilement dépressibles; on continue le même traitement. Contre l'écoulement uréthral et pour en empêcher la stagnation, X... a fait plusieurs fois par jour des lavages de l'urèthre antérieur avec l'acide phénique à 1 p. 2000 d'eau filtrée et bouillie. A la fin de février 1896, il paraît absolument rétabli, et depuis cette époque, je l'ai perdu de vue tout en ayant de ses nouvelles d'une façon indirecte.

En résumé, poussée de prostatite pouvant faire redouter la terminaison par phlegmon, mais cédant avec facilité et guérissant ou paraissant guérir en quelques jours sous l'influence des moyens que nous utilisons dans tous les cas analogues. Ce n'est donc, ni la prostatite aiguë avec le cortège de ses accidents douloureux, ni le début d'un état chronique.

Il faut faire, a-t-il été dit, en raison de l'état général et de la constitution des sujets, comme des modifications inappréciables et persistantes des glandes prostatiques, toutes réserves sur la possibilité d'une rechute, de même qu'au début d'une prostatite glandulaire subaiguë, on ne saurait promettre au malade d'éviter le passage à la chronicité, bien que celui-ci doive le plus souvent être attribué à l'absence ou à l'insuffisance des traitements dirigés contre la prostatite subaiguë. Dans l'observation suivante, le malade, pendant une année, a pu être considéré comme débarrassé de sa prostatite d'une façon définitive, et, cependant, il a eu une poussée nouvelle, peu intense à coup sûr, mais prouvant néanmoins que la prudence dans le pronostic doit être toujours de règle, que l'on attribue la rechute à une cause locale ou générale, ou bien même à ces deux ordres de raisons réunis.

Observation II. — *Prostatite blennorrhagique subaiguë; grande amélioration.*

M. X..., 20 ans, contracte la blennorrhagie dans le courant de 1893. Pendant deux mois environ, il se soumet à différents traitements (balsamiques, lavages antiseptiques de la vessie et de l'urèthre).

L'écoulement diminue, mais persiste, le matin, sous forme de goutte purulente au méat, tantôt plus, tantôt moins abondant. Mais les mictions deviennent fréquentes, douloureuses à la fin; l'urine est habituellement trouble et difficilement evacuée par un jet aminci. On pense à une cystite et, pendant six semaines, on lui fit des instillations argentiques à des intervalles réguliers. Les envies d'uriner se rapprochent, les urines restent troubles, les mictions difficiles et douloureuses, le jet aminci; il est alors question de rétrécissement possible.

Je vois le malade le *3 décembre 1894*. Grand, maigre, marchant avec peine en raison d'une pesanteur douloureuse permanente au-dessus du pubis qu'exagère la pression sur l'hypogastre. L'examen des différents appareils est négatif; cependant, on pourrait craindre une localisation tuberculeuse.

Atrésie du prépuce et du méat; prostate augmentée de volume dans son ensemble avec des noyaux durs et sensibles dans les deux lobes; on ne sent pas bien le sillon médian. La pression sur la glande amène au méat une goutte de pus.

Spasme uréthral permettant cependant le passage d'une bougie (n° 18) en gomme; stagnation d'urine. En somme, prostatite subaiguë blennorrhagique (peut-être lésions tuberculeuses au début), provoquant l'excitation vésicale (fausse cystite) et entretenue elle-même par le spasme de l'urèthre. Ni cystite, ni rétrécissement.

Le 8 décembre 1894. — Incision du prépuce et du méat; lavements biquotidiens; suppositoires à l'iodoforme et à l'extrait thébaïque; régime lacté mitigé; repos absolu au lit.

Dans les jours qui suivirent, l'amélioration fut déjà manifeste. L'écoulement ne se montra point, mais les urines furent très chargées de pus; la douleur de la fin de la miction disparut et la vessie se vida régulièrement.

15 décembre 1894. — Le malade, dont les plaies opératoires sont à peu près cicatrisées, est perdu de vue. La prostate a bien diminué de volume; il y reste quelques petits noyaux plus durs que l'ensemble de la masse. La pression sur la glande chasse dans l'urèthre des sécrétions à peine louches; les urines sont toujours troubles, avec de longs filaments.

Janvier 1895. — M. X... a repris ses habitudes; parfois, la douleur au-dessus du pubis reparaît; il reprend alors, à l'usage quotidien, des lavements et des suppositoires. Depuis la fin de décembre 1894, j'ai conseillé le rhum créosoté dont l'administration est continuée et sera continuée plusieurs mois.

A la fin de janvier 1895, M. X... m'écrit qu'il est guéri; il a pu chasser des journées entières, sans fatigue; les mictions sont normales, l'urine claire.

En mars 1896, il revient me voir pensant avoir contracté une nouvelle blennorrhagie: il y a, en effet, un léger écoulement jaunâtre. Au toucher rectal, la prostate est un peu volumineuse, mais sans noyaux; la pression provoque la sortie de liquide prostatique sensiblement normal. Quelques jours de traitement et tout rentra dans l'ordre. Depuis, je n'ai point revu le malade et n'ai pu, par conséquent, contrôler, par le toucher rectal, l'efficacité des moyens employés.

Ainsi, quand les premiers accidents ont été jugulés et que le dégonflement de la prostate permet au doigt explorateur de sentir les noyaux prostatiques enflammés, on pense nécessairement toujours à la possibilité d'une localisation tuberculeuse, surtout quand le sujet a des antécédents suspects. L'examen bactériologique des sécrétions chassées au méat par la compression directe de la prostate doit être pratiqué si l'on hésite. Mais le pus, ainsi évacué, ne contient pas toujours de bacilles de Koch, alors même que tout porte à croire à l'existence d'une évolution tuberculeuse. Les autres signes de la tuberculose prostatique, tirés de l'exploration de la glande avec le doigt, la persistance de l'écoulement purulent, sont de nature à accréditer cette hypothèse.

La prostatite blennorrhagique subaiguë n'en a pas moins une symptomatologie assez nette pour ne point passer inaperçue; pour être, en général, facilement diffé-

renciée des maladies qu'elle peut simuler (uréthrite profonde, cystite); pour enfin, qu'il soit ordinairement possible de ne point la confondre avec une tuberculose locale au début.

Principaux travaux traitant de la prostatite subaiguë.

DUGAS : *Fragments pour servir à l'histoire des maladies de la prostate*. Thèse de doctorat, Montpellier, 1832.
VELPEAU : Dictionnaire en 30 volumes (article prostate).
LEDWICH : *Dublin Quaterly Journal*, 1857.
BOULOUMIÉ : Société de médecine et de chirurgie pratiques, 1874.
GUÉRIN : *De la prostatite subaiguë*. Thèse de doctorat, Paris, 1879.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La Thérapeutique de Jean Fernel (1497-1558)

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

I

Il fut un temps où l'on se disputait ferme dans le ménage de Fernel. Des équipes d'ouvriers qu'il nourrissait lui fabriquaient des instruments de cuivre et le beau-père n'était pas content. La dot de sa fille se dissipait à ce gaspillage. Quand on a femme et enfants, on ne se permet pas la fantaisie de mesurer une portion du méridien. L'astronomie n'a jamais nourri son homme. Aux calculs qui plongent leur observateur dans le ciel, il est sage de préférer les additions qui équilibrent un budget.

Un homme de sens tout à fait que ce beau-père, et Fernel se résigna à suivre ses conseils. Au lieu de se perdre dans la contemplation du soleil, il tâta le pouls des malades.

Tout de suite la clientèle afflua. D'avoir commencé sa médecine sur le tard, après avoir professé la philosophie au collège de Sainte-Barbe, fut sans doute une des causes de ce succès. Car Fernel n'obtint le titre de docteur qu'à trente-trois ans, sa jeunesse ayant été consacrée à raisonner sur les doctrines d'Aristote et de Platon. Quel démenti un tel début dans la vie à ceux qui contesteraient l'utilité d'un apprentissage philosophique comme prélude aux études médicales !

Pas de meilleur exercice pour l'esprit que l'entretien avec les maîtres, familiers aux idées générales; on y acquiert un entraînement de réflexion qui facilite au médecin la connaissance psychologique du malade; le prestige de la coutume se dissipe pour qui ne craint pas de pénétrer les erreurs des hommes. Ce n'est pas parce qu'elles ont cours qu'on accepte les idées reçues, c'est parce qu'une critique aiguisée démontre la raison qui les autorise.

Ni Hippocrate, ni Galien, ni les Arabes ne parurent infaillibles à Fernel. Sans passion, il indiqua ce qu'on en devait laisser. Quand Galien affirme le passage des testicules au travers du péritoine ouvert, Fernel proteste : le péritoine ne se déchire pas, il s'allonge.

En découvrant ainsi les lacunes que le maître avait mal comblées, Fernel n'entendait pas renverser celui-ci. Quel que soit la talent dont on l'achève, la besogne n'est jamais parfaite. Il reste toujours place pour des perfectionnements. Refondre l'œuvre des anciens, en évitant les fautes échappées aux uns et aux autres, fut le but de Fernel. Sans doute, il n'a pas pleinement réussi. Si tenté soit-on d'échapper à la tradition, on ne rompt pas complètement avec elle. Le souvenir est plus fort que la volonté; il s'impose malgré soi; c'est l'habitude du souvenir qui fournissait à Fernel la conception de ses livres de séméiologie, de diagnostic et de thérapeutique. Les symptômes étudiés d'après la méthode de Galien étaient arbitrairement isolés les uns des autres, et c'est encore d'après la pharmacie galénique que Fernel énumérait les propriétés des médicaments.

N'est pas original qui veut; Fernel le fut, à ne pas croire à l'inviolabilité des dogmes enseignés. Quant à son œuvre personnelle, elle trahit l'empreinte des doctrines qu'il prétendit remanier.

Vers la fin de sa vie, Fernel fut nommé médecin de Henri II. Au retour de l'expédition de 1558, qui se termina par la prise de Calais, notre philosophe, qui avait accompagné son maître dans les armées, eut la douleur de perdre sa femme. A peine l'eut-il enterrée qu'il fut pris de la même fièvre qui venait de lui ravir sa compagne. Infection et gravité de l'infection, il les contracta l'une et l'autre et succomba à son tour au bout de dix-huit jours de maladie.

II

La thérapeutique de Fernel est, nous venons de le dire, en bonne partie empruntée à Galien.

Les maladies. nous apprend notre auteur, sont guéries par leurs contraires : le froid par le chaud, le chaud par le froid. Parfois c'est l'attaque même de la cause pathogénique qui fait cesser le mal : ainsi un purgatif, la rhubarbe, qui guérit la dysenterie en débarrassant l'intestin des matières qui l'irritent.

La médication évacuante employée en pareil cas est soumise à une foule de recommandations dont la plus importante, connue depuis Hippocrate, est d'éliminer les humeurs malsaines et non pas de les remuer inutilement. En présence d'une matière non mûre pour l'élimination, mieux vaut se fier aux forces de la nature et s'abstenir de purgation. Celle-ci sera surtout requise dans la cachexie, la leucophlegmatie, l'ictère. Dans les fièvres continues, au contraire, la purgation sera précédée d'une émission sanguine. On adjoindra l'usage des sudorifiques et diurétiques dans l'épilepsie.

La saison d'été, qu'on se le rappelle toutefois, est peu favorable à la saignée; de même les jours où souffle le vent du nord et les temps d'orage. L'opération réussit mieux le matin que l'après-midi. Ces indications utilisées, on s'occupera du choix de la veine à sectionner. Qu'au lieu d'une fièvre continue, il s'agisse d'une inflammation de l'oreille, c'est, après la veine du bras, au tour de la veine auriculaire d'être ouverte; dans l'inflammation des gencives le sang sera fourni par les veines des lèvres; l'existence d'une angine réclamera la saignée des veines sublinguales. Dans la cure des hémorrhoïdes, le chirurgien n'oubliera pas que l'ouverture de la veine du bras supprime les hémorrhoïdes fluentes et que la section de la veine malléolaire rappelle les hémorrhoïdes disparues.

Quant à la quantité de sang à retirer, elle est réglée par l'état des forces : sur un malade vigoureux on peut pousser jusqu'à la syncope; les natures délicates s'accommodent des émissions sanguines modérées. L'œil sur la lancette d'abord, sur le patient ensuite, est d'une prudence bien entendue.

Sans doute la saignée n'est pas une panacée. Si elle guérit les fièvres et inflammations des divers organes, si elle empêche encore la venue des maladies futures, en revanche la mauvaise interprétation des indications qui la réclament conduit à des conséquences fâcheuses. Ainsi, toute soustraction sanguine dans les fièvres palustres est dangereuse; à peine serait-elle autorisée et peu abondante, bien entendu, sur un malade qui présenterait

des signes nets de pléthore : céphalalgie lancinante, anxiété respiratoire, agitation.

Après la section des veines, celle des artères. Fernel nous confie que la saignée de l'artère humérale ou poplitée n'assure pas une sécurité absolue. On a beau lier le vaisseau : des accidents gangréneux, des anévrysmes surviennent à la confusion méritée de l'opérateur. Celui-ci a à sa disposition les artères de la tête, du pied, de la main. Que ne s'en contente-t-il pas ! L'ouverture des artères temporale ou auriculaire soulage les vertiges, céphalalgies rebelles, congestions de la face ; les vieilles douleurs de la hanche sont amendées par la saignée de l'artère malléolaire. L'artère qui court entre le pouce et l'index charrie un sang dont la sortie guérit les douleurs de côté.

Outre les médications purgative et évacuante, le médecin ordonnera les médications altérantes qui modifient l'organisme et les humeurs par la vertu des propriétés médicamenteuses. Multiples, ces dernières : atténuantes, incisives, apéritives, dilatantes, constrictives, maturatives, vésicantes, etc. Au praticien d'opposer à la maladie le remède qui convient.

Parfois, il mettra la main sur de véritables antidotes : tel le mithridate contre la peste.

Le lecteur sait peut-être que le mithridate préconisé par Fernel est un électuaire voisin de la thériaque, composé qu'il est, outre l'opium, d'un grand nombre de substances aromatiques. Faut-il rappeler au surplus que ce qu'on désignait au XVIe siècle sous le nom de peste constituait, non une maladie univoque, mais embrassait une série d'états infectieux caractérisés par la gravité de l'état général.

Partisan du mithridate, Fernel l'était moins du mercure. « Invention du charlatanisme, s'écriait notre homme, cet agent pallie le mal, il ne le guérit pas. » Il est bon d'ajouter que, dès l'année 1497, le mercure avait été employé en fumigations et en frictions contre la syphilis. Plus tard seulement se répandit l'usage interne du médicament.

Que les prescriptions de Fernel soient aussi chargées de drogues que la saignée de recommandations n'est pas fait pour surprendre. Les grandes lignes de la médecine étant ignorées, la minutie s'exerçait sur les détails. Comme spécimen de sa manière de formuler, nous transcrivons les trois ordonnances qui suivent :

La première a trait à une potion purgative : Endive, boublon, buglosse, bétoine, une petite poignée ; feuilles de séné, une demi-once. A la décoction, faite dans trois onces de liquide et filtrée ensuite, on ajoute une once et demie de rhubarbe, une drachme de trochisques d'agaric, une demi-once de cinnamome. Le tout est édulcoré avec une once de sirop de violette ou de capillaire.

Une seconde formule combat avec avantage les inflammations du foie : Eau d'endives, de chicorée, de pourpier, de roses, de plantain, une once de chaque ; vinaigre, une once et demie. On ajoute roses rouges, absinthe, souchet, trochisques de camphre pulvérisées, de chaque une drachme.

La troisième prescription est recommandée comme tonique du cœur : Eau de buglosse, bourrache, rose, chardon bénit, scabieuse, vin blanc, de chaque une once ; ajouter feuilles de mélisse, écorce sèche de citron, racine de gingembre et de tormentille, une once ; girofle, une demi-once ; safran, un scrupule.

III

L'ouvrage de Fernel a été le classique du XVIe siècle. Anatomie, physiologie, pathologie, thérapeutique, matière médicale, le tout tenait en deux in-octavo de quatre cents pages. Si serré fut le texte, les contemporains avaient quand même plus vite fait de s'assimiler ce résumé que les in-folio formidables de Galien. Et puis le latin était très pur, et les propositions de Fernel n'offraient rien de subversif. Ses découvertes étaient de vérification aisée : telle la maladie chronique et mortelle décrite par lui, et qui faisait suite à la dégénérescence cartilagineuse de l'orifice cardiaque de l'estomac, telles encore ses recherches sur les pierres biliaires. Les esprits timorés retrouvaient en plus dans les écrits de Fernel les traces du galénisme qui leur était cher : rien de ces poisons tirés de la chimie qu'avait tenté d'implanter ce polisson de Paracelse.

En étendant la discussion à des sujets acceptés comme inattaquables, Fernel avait ébranlé les idoles de la médecine : mais comme il n'en avait pas établi d'autres en leur place, il ne déchaîna pas les fureurs qui accueillent les novateurs à la fois irrespectueux de la tradition — et sur les églises démolies — édifiant leur chapelle à eux. Fernel ne tint nul compte de ces chapelles qu'autorisait la renaissance de la chimie. Il avait assez affaire aux anciens.

Ce n'est qu'en plein XVIIe siècle qu'un compilateur érudit, Sennert, tenta d'opérer la conciliation entre Galien et Paracelse. La discussion était élargie, mais trop ardente éclatait-elle encore pour que l'attention se détachât d'elle et consentît au calme qu'exige l'observation simple des faits.

Il fallut un praticien éloigné du terrain de la lutte où tonnaient les foudres des professeurs pour rétablir les prérogatives de la clinique. Sydenham ne se montra pas éloquent. Il ne plaida ni pour les anciens ni pour les modernes. Et le monde de s'étonner. Il voyait tant de choses, ce petit médecin de Londres, que nul n'avait aperçues.

Moins bruyante que celle de Paracelse, une révolution s'était opérée. La déchéance des disputes oratoires était prononcée : au règne de l'observation de commencer.

Encore est-il juste de ne pas accabler de dédain la période disparue. Elle portait les premiers coups à la religion des dogmes médicaux. Avant de construire, il faut déblayer le terrain des monuments qui tombent en ruines. La discussion charriait les matériaux. Bien peu en restait-il et hors d'usage quand Sydenham apparut. Il rebâtit pour son compte ; mais sa tâche, il n'eût osé l'entreprendre si l'adoration des anciens n'eût été mise en doute dans la vérité des principes les plus universellement consentis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril. — Présidence de M. Monod.

Nouvelle méthode abdomino-périnéale pour l'extirpation totale de l'anus, du rectum et de l'S iliaque.

M. Chalot (de Toulouse) a enlevé, le 6 décembre 1895, trente-sept centimètres de la portion terminale du gros intestin, atteinte de cancer, par la voie abdomino-périnéale. Il donne le résumé de la technique qu'il a suivie.

La caractéristique de ce procédé consiste dans le respect de la colonne sacro-coccygienne d'abord, puis dans la ligature préalable des vaisseaux hémorrhoïdaux supérieurs. Par des recherches faites sur le cadavre, l'auteur a déterminé la situation exacte de ces vaisseaux et le point de repère que l'on doit suivre pour aller les lier. L'artère hémorrhoïdale supérieure est toujours située à gauche de la ligne médiane, au milieu de la graisse que

recouvre le péritoine pariétal postérieur. La veine du même nom l'accompagne.

Pour aller lier ces vaisseaux, on doit, après ouverture de l'abdomen, reconnaître l'anse sigmoïde, reconnaître le promontoire et son plan médian. C'est au niveau du plan médian du promontoire que l'auteur propose d'aller porter la ligature.

Cette hémostase provisoire étant faite, il suffit de désinsérer le rectum de tous ses moyens d'attache aux parois pelviennes, afin d'opérer facilement la descente de l'intestin par la voie périnéale. La création d'un anus iliaque termine l'opération.

A cette nouvelle méthode d'opérer, M. Chalot reconnaît deux avantages : éviter plus sûrement l'infection, éviter l'hémorrhagie qui accompagne l'extirpation par la voie sacrée, hémorrhagie qui provient des vaisseaux hémorrhoïdaux moyens. Ces deux avantages doivent faire préférer cette méthode à celle que M. Quénu a proposée et qui consiste à ne pas ménager le sacrum et à terminer l'extirpation du rectum par une laparotomie. (Voir *Gazette Médicale* du 28 mars 1896.)

Le malade, ainsi opéré par M. Chalot, est mort. L'orateur aurait attendu d'avoir, de nouveau, mis en pratique son procédé opératoire, si la publication de ce procédé n'eût été commandée par le récent rapport fait par M. Quénu à la Société de Chirurgie sur un procédé opératoire analogue dû à M. Gaudier (de Lille). Quoi qu'il en soit, M. Chalot réclame la priorité de cette nouvelle méthode abdomino-pelvienne de l'extirpation du rectum cancéreux.

M. Quénu. — M. Gaudier nous a lu son mémoire en octobre 1895, il ne nous a alors donné, il est vrai, que le résultat de ses expérimentations sur le cadavre. Néanmoins, c'est à lui que revient manifestement la priorité de l'idée d'enlever le rectum par la voie abdomino-pelvienne et la priorité de la description du procédé.

M. Chalot s'élève contre l'extirpation du rectum par la *voie sacro-abdominale* que j'ai dit avoir pratiquée sur le cadavre et que j'ai opposée à la *voie abdomino-pelvienne.* Il prétexte que ma méthode expose davantage aux hémorrhagies et à l'infection.

Quant à l'hémorrhagie, je puis assurer M. Chalot que toutes les fois que j'aborde le rectum par le sacrum, non à la façon de Kraske et de Hochenegg, mais par l'incision en T de Heineke, mon malade perd à peine une cuillerée de sang.

Quant à l'infection, il me semble que, théoriquement, je dois avoir moins de chances d'infecter mon malade si je termine l'opération par l'abdomen, de façon à n'avoir pas à revenir dans la cavité abdominale, à deux reprises différentes.

Mais ce ne sont là que des données théoriques, je le répète, et l'avenir nous apprendra la vérité sur ce point si nouveau et si discuté de la chirurgie rectale.

M. Chalot. — La priorité scientifique appartient-elle à celui qui, concevant une nouvelle opération, la pratique sur le cadavre, ou bien à celui qui la pratique sur le vivant ? Je demande à la Société de se prononcer sur cette question d'ordre général, mais qui m'intéresse pour le cas que je viens de rapporter.

M. Kirmisson. — Dans cette question, un seul argument a quelque valeur toute la priorité scientifique revient à l'auteur : qui a non seulement conçu le premier, mais qui a le premier révélé sa conception par des écrits imprimés.

M. Quénu. — Il me paraît juste de dire que l'auteur qui a le premier ébauché une opération sur le cadavre, et qui en a donné les règles, a droit à la priorité scientifique.

Colostomie périnéale dans l'absence congénitale du rectum.

M. Chalot a fait, le 17 février dernier, la première colostomie périnéale qui ait été suivie de succès, dans le cas d'absence congénitale du rectum. Cette opération est basée sur la possibilité qu'il y a de mobiliser l'S iliaque et de l'amener au périnée. Il s'agissait d'une petite fille chez laquelle M. Chalot, incisant le périnée et ne trouvant pas l'ampoule rectale, a délibérément ouvert l'abdomen, non sur la ligne médiane, mais au niveau de la fosse iliaque gauche. Il a trouvé, là, l'anse sigmoïde terminée en cul-de-sac et adhérente à la corne gauche de l'utérus par un petit filament. L'ampoule sigmoïdienne ayant été vidée, nettoyée et refermée, M. Chalot a perforé, avec l'index, ce qui aurait dû être la cloison recto-vaginale, et attiré en bas l'anse sigmoïde qu'il a définitivement fixée au périnée.

M. Chalot appelle cette opération une *sigmoïdostomie périnéale.* C'est une opération simple et qui s'exécute avec la plus grande facilité. La petite malade de M. Chalot, opérée il y a deux mois, se porte à merveille et son anus fonctionne bien. Il est actuellement impossible, étant donné l'âge de l'enfant, de dire si le sphincter anal aura plus tard son intégrité physiologique, mais il y a tout lieu de penser qu'il n'existera pas d'incontinence.

M. Chalot conclut que, devant toute aphasie rectale, il faut avant tout chercher l'ampoule terminale du gros intestin, et utiliser, pour la trouver, la résection du coccyx. Mais si l'on ne trouve pas d'ampoule rectale par ce procédé, il faut abandonner le périnée et ouvrir l'abdomen dans la fosse iliaque gauche qui est le *siège ordinaire* de l'ampoule terminale du gros intestin. Cette ampoule est nettoyée et attirée vers le périnée où on l'abouche en créant un anus normal. Dans les cas seuls où l'ampoule terminale siège en un point plus élevé, se résoudre à créer un anus iliaque par les procédés ordinaires.

Traitement des luxations congénitales de la hanche.
(*Suite de la discussion.*)

M. Kirmisson. — Ce n'est pas la première fois que la Société de Chirurgie discute cette importante question. Déjà, en 1892, j'ai fait un rapport sur une opération faite par M. Denucé (de Bordeaux) suivant la méthode de Hoffa. Depuis cette époque, les faits se sont multipliés, et, s'ils n'ont pas permis de porter un jugement définitif sur la question, ils ont, du moins, servi d'arguments utiles pour sa discussion.

C'est, vous le savez, à Hoffa (de Magdebourg) que revient le mérite d'avoir attiré l'attention des chirurgiens sur le traitement des luxations congénitales de la hanche. Sa première opération date de 1889. Elle a été suivie de communications sur ce sujet au Congrès de Berlin, en 1890.

J'ai fait, pour ma part, ma première opération le 5 octobre 1891. Mais M. Broca m'avait devancé, en France, puisqu'il fit sa première intervention sanglante, pour luxation congénitale de la hanche, à la fin du mois d'août 1890, dans le service de M. Terrier qu'il remplaçait à l'hôpital Bichat. L'opération de M. Broca a été communiquée ici et j'avais même été chargé de faire sur elle un rapport que je n'ai pas fait parce que mes idées étaient loin d'être fixées sur ce point grave de la chirurgie.

Mais, depuis 1891, mes opérations de ce genre se sont multipliées. J'en ai publié huit dans la *Revue d'Orthopédie* de 1893. L'année suivante, enfin, au Congrès de Rome, la question a été discutée par Hoffa, Lorenz, Mikulicz et moi-même.

Mais, voici quelle a été l'évolution des chirurgiens dans le traitement des luxations congénitales de la hanche :

Moi-même, j'ai, tout d'abord, suivi les errements d'Hoffa. J'ai fait une incision dans le genre de celle de Langenbeck, et je me suis attaché à désinsérer les muscles pelvi-trochantériens à leur insertion sur le grand trochanter. Dès ma première opération, j'ai rencontré de sérieuses difficultés. Mon premier malade a guéri, mais avec ankylose dans une position vicieuse, la cuisse en flexion. Ultérieurement, j'ai eu plus de succès. Sur les huit faits que j'ai publiés, en 1893, il y a eu deux morts, une ankylose, le cas dont je viens de vous parler, et deux récidives dont l'une appartient à M. Broca qui m'avait remplacé dans mon service. Les deux malades morts sont morts par des causes différentes. La mort de l'un m'incombait à moi tout seul. C'était un enfant

de 12 ans, chez lequel je m'étais entêté à pousser trop à fond l'évidement osseux pour la création d'une cavité cotyloïde. Il s'est fait un épanchement sanguin considérable sous le péritoine pariétal. L'enfant est mort, par retentissement péritonéal, mais sans septicémie. La mort de mon deuxième malade est imputable à l'opération recommandée par Hoffa. C'était un enfant de 3 ans, auquel j'avais fait une opération complète dans laquelle j'avais obtenu une réduction immédiate et solide. Le troisième jour après l'opération, cet enfant a présenté les signes d'une septicémie grave et il en est mort.

Mais voyons, maintenant, comment ont opéré les différents chirurgiens. Disons, tout d'abord, que l'opération de Hoffa a subi des modifications considérables. La plus importante est, sans nul doute, celle qu'apporta Lorenz en 1892 en ne désinsérant plus les muscles pelvi-trochantériens sur le grand trochanter et en s'efforçant, au contraire, de ménager le système musculaire, sauf les adducteurs sur les tendons desquels il faisait, suivant les besoins, la ténotomie. Puis, peu à peu, l'accord s'est fait entre les chirurgiens, et, aujourd'hui, Hoffa lui-même a renoncé à désinsérer les muscles pelvi-trochantériens. Il a aussi porté son incision plus en avant, entre le moyen fessier et le fascia lata. Moi-même, j'avais indiqué cette modification dans mon premier mémoire sur la question. Lorenz, lui, a évolué en sens inverse. Il incisait, d'abord, beaucoup plus en avant que Hoffa, entre le couturier et le fascia lata, puis il a reculé son son incision et il la fait porter, aujourd'hui, entre le fascia lata et le moyen fessier. Enfin Broca lui-même nous a dit qu'il était décidé à suivre cette pratique.

Si nous voulons juger la gravité de ces opérations, il faut nous reporter aux statistiques qui ont été publiées. La discussion qui a eu lieu au congrès allemand de chirurgie, en 1895, portait sur la statistique de Hoffa. Hoffa dit avoir fait 112 opérations sur 82 malades. Il a eu sept morts, dont trois dues à des causes étrangères à l'opération et quatre dues à l'acte opératoire lui-même.

En 1894, à l'American Orthopedic Association, Bradford dit n'avoir fait que cinq opérations sur lesquelles il a eu trois morts : l'une par diphtérie et septicémie, l'autre par diarrhée, la troisième par scarlatine; et deux guérisons, mais pas des guérisons vraies.

Broca a eu, pour sa part, trois morts sur trente-sept opérations. Vient enfin la merveilleuse statistique de Lorenz.

Mais, dans la statistique de Lorenz, il faut distinguer deux groupes de faits :

a) Les faits du début, dans lesquels Lorenz s'est plus ou moins conformé à la méthode de Hoffa. Sur douze observations, il a eu trois suppurations très graves et deux morts par septicémie.

b) Plus tard, Lorenz a changé, comme vous savez, sa manière d'opérer et il a eu une série de 100 opérations *sans aucune mort*. C'est là un résultat de la plus haute importance. Mais si l'on prend soin de lire attentivement chacune de ses observations, on voit qu'il a eu ici une hémorrhagie grave, là des symptômes de septicémie suivis d'érysipèle. Les malades ne sont pas morts, mais de semblables accidents prouvent néanmoins le caractère de gravité de ces opérations.

On remarque encore autre chose en lisant le travail récent de Lorenz. Lorenz, voulant ménager le système musculaire de ses malades, a opéré des tractions sur les muscles à l'aide d'un appareil inventé par lui. Mais, à la suite de ces tractions, il est survenu des paralysies motrices et sensitives dans le territoire du sciatique.

J'ai fait aussi quelques observations au sujet de la durée de l'opération. Lorenz dit que c'est une opération facile, sans gravité et très rapide, durant de vingt à vingt-cinq minutes.

Or, il a eu des cas où l'opération a duré une demi-heure, d'autres où elle a duré trois quarts d'heure, d'autres, enfin, où elle a duré plus d'une heure.

Je crains donc que Lorenz ait exagéré, car, en réalité, il lui a fallu autant de temps qu'à moi-même et qu'aux autres chirurgiens pour achever une opération qui, au point de vue de la durée seule, n'a pas toute la simplicité que Lorenz se plaît à lui accorder.

Etudions les résultats fonctionnels qui ont été obtenus par les divers chirurgiens. Je vous ait déjà dit que dans une statistique des huit premiers cas, j'avais eu deux récidives dont l'une appartient à M. Broca. Hoffa, sur 82 malades, a eu 11 récidives, 3 en arrière, dans la fosse iliaque externe, 8 en avant, du côté du pubis. Lorenz, sur 100 opérations, a eu 15 récidives, 3 en arrière, 12 en avant. Il y a donc une particularité, à propos de ces luxations récidivantes, c'est qu'elles se font le plus souvent en avant, et cela vaut mieux.

Mais comment se présentent les résultats que les opérateurs donnent comme des succès? Hoffa, avec une grande probité scientifique, dit que l'on n'obtient jamais, même dans les résultats les meilleurs, *la restitutio ad integrum;* mais qu'il persiste toujours, après l'opération, un raccourcissement de un à trois centimètres. Là, est pour moi la vérité. Il est certainement avantageux de diminuer la longueur du raccourcissement et de l'abaisser à un centimètre; mais il faut convenir que personne n'a obtenu moins que le chiffre donné par Hoffa. Moi-même je n'ai jamais obtenu moins d'un centimètre. En 1894, à Rome, Lorenz a présenté deux malades, qui devaient être ses plus beaux succès, et il nous disait, en rapprochant leurs talons, qu'ils ne présentaient plus d'inégalité dans la longueur des membres. Mais je n'ai pas eu de peine à lui démontrer, le centimètre à la main, qu'il persistait, là aussi, un raccourcissement d'un centimètre. En 1894, Bergmann, pour sa part, a déclaré qu'il avait toujours obtenu des résultats mauvais, dont deux ankyloses. Hoffa lui-même a vu 9 fois l'ankylose se produire. Mais j'en reviens aux résultats que Lorenz a publiés dans son livre. Il déclare, retenons ce fait, que, 2 fois sur 68 cas de luxations unilatérales, il a noté, après l'opération, un raccourcissement d'un ou deux centimètres. Dans les autres cas, il n'est rien dit du raccourcissement. En somme, les résultats de Lorenz diffèrent encore très peu, sur ce point, de ceux des autres chirurgiens. Dans des luxations doubles, 5 fois Lorenz a vu des récidives se produire avec inégalité dans la longueur des membres, 4 fois il a eu une ankylose plus ou moins complète, 14 fois une guérison avec plus ou moins de flexion de la cuisse sur le bassin.

Mickulicz cite le fait d'un malade opéré par Lorenz, qui présentait longtemps après l'opération de la flexion, un membre douloureux, en somme, un état grave et un mauvais résultat opératoire.

Il faut donc bien savoir que les résultats sont souvent avantageux, mais souvent aussi très imparfaits.

Il y a un fait sur lequel Lorenz n'insiste pas, c'est au sujet de l'âge des malades. Il semblerait, *a priori*, que l'on dût obtenir les meilleurs résultats chez les enfants les plus jeunes. Or, il n'en est rien. Dans le livre de Lorenz, j'ai noté 16 opérations faites sur des enfants de moins de trois ans ou de trois ans au maximum, et parmi lesquelles il y a eu 6 récidives, quatre fois un raccourcissement de un centimètre à un centimètre et demi, une fois enfin, chez un enfant de deux ans, l'opération avait duré une heure, et de trois centimètres, le raccourcissement n'a été abaissé qu'à deux centimètres.

De ces faits, il résulte que l'opération que l'on fait pour réduire les luxations congénitales de la hanche est loin d'être une opération bénigne. Je veux bien croire que nous avons tous tendance à perfectionner notre technique et à améliorer nos résultats. Les belles séries de Lorenz et de Broca le prouvent.

Mais il faut bien reconnaître que les resultats ne sont pas absolument sûrs. Tout le monde a eu des insuccès. Et si l'opération n'est pas certaine dans ses résultats, elle ne paraît même

pas donner, chez les très jeunes enfants, une diminution notable du raccourcissement.

C'est pour tous ces motifs que je préconise le traitement orthopédique, dont je vais maintenant parler. Depuis quelques années, Schede (de Hambourg) a conseillé, dans le traitement des luxations de la hanche, une méthode non sanglante. Et il faut dire, tout de suite, que Lorenz a reconnu les avantages de cette méthode, et l'a mise en pratique. Mais, il importe de distinguer ici les deux méthodes non sanglantes : celle de Schede et celle de Lorenz.

La méthode de Schede consiste dans une immobilisation et une extension préalables du membre inférieur pendant un certain nombre de mois. On amène ainsi la tête fémorale dans le voisinage de la cavité cotyloïde, et, après l'immobilisation et l'extension combinées, on fait marcher les enfants avec un appareil qui fixe la tête fémorale dans sa nouvelle position et la force à y rester.

Mais il est nécessaire de mettre le membre dans une position forcée d'abduction pendant l'immobilisation. De là, la destinée de l'attelle spéciale construite par Schede. De là, aussi, cet appareil de Mickulicz qui avait pour but d'immobiliser le membre dans l'abduction, appareil auquel j'ai fait l'objection qu'il immobilisait le membre inférieur seul et non le fessier. Aussi ai-je fait construire une gouttière dans le genre de la gouttière de Bonnel, qui permet de régler l'abduction, gouttière que je vous ai déjà présentée et que je vous présente encore.

La méthode de Lorenz, au contraire, ne recherche pas la réduction lente par l'immobilisation prolongée, mais veut obtenir la réduction forcée. Je suis étonné de cette pratique de Lorenz qui me paraît avoir contre elle les dispositions anatomiques de la luxation congénitale, dispositions qui sont loin de ressembler à celles d'une luxation traumatique. Et je crois, en définitive, qu'il faut toujours soumettre les enfants à une longue extension. C'est le seul moyen d'essayer d'obtenir une néarthrose de guérison.

En terminant, je dirai qu'il faut traiter les petits malades de très bonne heure et ne pas les abandonner à leur infirmité comme le faisaient autrefois nos maîtres. Il faut donc commencer à traiter les enfants de bonne heure, et non par la méthode sanglante, mais par la méthode non sanglante, par la méthode orthopédique indiquée par Schede. Puis, si le succès n'est pas obtenu, on sera toujours à temps de faire plus tard une opération sanglante par l'un des procédés perfectionnés.

Je ne suis donc pas du tout opposé aux opérations dans le traitement des luxations congénitales de la hanche. Si j'ai, jusqu'ici, opéré si peu de cas, cela tient uniquement à ce que je n'avais pas le pouvoir d'hospitaliser, dans mon service, les petits enfants que l'on m'amenait à la consultation et que je voulais pas les opérer pour les renvoyer aussitôt chez eux, sans plus de soins. Cela tient aussi à ce que, dans mon cabinet, j'ai toujours dit, ce que je dirai d'ailleurs encore, à savoir que c'était une opération grave ; et les parents ont préféré, pour la plupart, garder leurs enfants infirmes plutôt que d'exposer leur vie par une opération. Mais c'est une opération que je pratiquerai à l'hôpital dans les conditions que je vous ai indiquées; je la ferai demain, je la ferai souvent, mais, je le répète, il y a pour moi autre chose à faire qu'une opération dans les luxations congénitales de la hanche, il faut y joindre le traitement orthopédique et commencer par lui. Voilà pourquoi j'ai demandé que l'on mît la discussion sur le *traitement général* des luxations de la hanche.

(*La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.*)

Présentation de malade.

M. Reynier présente un malade atteint d'une fracture de la rotule il y a trois ans. Il a été traité par la griffe de Duplay. C'est un résultat ancien et dont l'ancienneté constitue la plus grande valeur.

M. Berger. — C'est évidemment un beau résultat, mais je reprocherai toujours à la griffe de Duplay d'occasionner une raideur prolongée, sinon définitive, du genou.

Présentation de pièce.

M. Guinard présente un corps étranger de la main ayant trois millimètres de dimension, et dont la présence dans les métacarpiens a été révélée par les rayons de Roentgen.

Présentation d'instrument.

M. Naud (de Chantilly) présente une table d'opération légère, permettant les pansements du thorax et de l'abdomen, sans déplacer le malade, facile à démonter et à transporter chez les clients dans une boîte d'un volume moyen.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1896.

Actinomycose trachéo-bronchique.

M. Poncet rappelle qu'il a souvent eu l'occasion de montrer combien rare était l'actinomycose humaine en France par rapport à l'étranger. Mais d'après les observations nouvelles que l'auteur a été à même de recueillir, il croit que cette maladie est plus fréquente en France qu'il le disait auparavant.

D'ordinaire, l'actinomycose se présente sous forme d'abcès à la région cervico-faciale, et parfois les accidents attribués à la dent de sagesse ne sont que de l'actinomycose.

De plus, l'actinomycose se présente encore sous deux formes : la forme thoraco-pulmonaire et la forme abdominale.

L'orateur a déjà présenté à l'Académie un jeune homme atteint d'actinomycose de la mâchoire, confirmée par la bactériologie. Ce malade est mort de méningo-encéphalite suppurée, ce qui prouve que l'actinomycose peut donner lieu à des embolies microbiennes.

Aujourd'hui, il est en état de présenter quatre nouveaux faits d'actinomycose : deux sont de l'actinomycose cervico-faciale; le troisième, de l'actinomycose abdominale ; le dernier, de l'actinomycose trachéo-bronchique.

Celui-ci est du plus haut intérêt, car il simule parfaitement la tuberculose. Une jeune femme de vingt-huit ans fut prise de crises de dyspnée et de toux avec rapide gonflement du cou. Ce gonflement rétrocéda après rejet de pus par la bouche. Quand M. Poncet vit cette malade, elle offrait une fistule trachéo-œsophagienne, déjà ancienne. Il intervint à son niveau, mais sans parvenir à suturer la plaie œsophagienne. Peu après, il fut frappé de la coloration des pièces du pansement, et l'éveil était donné des éléments actinomycosiques furent retrouvés en grand nombre.

L'actinomycose avait aussi produit chez cette malade des lésions du sommet droit du poumon, dans lesquelles on n'avait jamais trouvé de bacille de Koch.

Quant à l'origine de la maladie, elle doit être reportée, sans doute, à des grains de maïs, que la malade avait coutume de manger assez souvent. Un de ces grains a pu infecter l'œsophage, d'où formation d'abcès ouvert dans le conduit.

Un cas d'actinomycose circonscrite ancienne.

M. Ducor cite le cas d'une malade atteinte d'une affection circonscrite du maxillaire inférieur depuis neuf ans, et dont la nature n'avait encore pu être élucidée. C'était une tumeur située du côté droit de la face, grosse comme une tête de fœtus, repoussant la bouche sur le côté gauche du visage. Elle était percée de nombreux orifices fistuleux, indurée, ramollie par places seulement, mais nettement limitée. Des examens répétés ont démontré la nature actinomycosique de cette tumeur.

L'étiologie de cette affection paraît se retrouver dans ce fait que la malade mâchonnait souvent des épis de blé ou d'orge.

Le traitement fut aussitôt constitué : il consista en iodure de potassium administré à la la dose de 2 gr. 50 centigr. par jour, en badigeonnages iodés sur la muqueuse, en injections iodées.

Sous l'influence de ce traitement continué depuis trois mois, la tumeur a diminué de volume en même temps que l'état général s'est amélioré.

Le paludisme à Madagascar.

M. Laveran lit une note de MM. **Vincent** et **Burot** sur cette question.

Dans les vaisseaux, à une certaine distance même du rivage, les marins et les troupes étaient à l'abri du paludisme. Mais une fois enfoncés dans l'intérieur des terres, ils étaient rapidement victimes de ses ravages.

Quant à la chaleur et à l'humidité, il ne me semble pas qu'elles jouissent sur le paludisme d'une grande influence.

Le paludisme commence par une fièvre rémittente le plus souvent, puis la fièvre devient intermittente, et après deux ou trois accès la cachexie fait son apparition. Il a même été possible de voir des morts subites au milieu de phénomènes rappelant les symptômes du hérihéri.

Quant aux accès pernicieux, c'étaient, en général, des accès bématuriques ou bémoglobinuriques.

Le traitement de la maladie déclarée consiste à rapatrier les malades et à leur faire des injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine. C'est le moyen le plus efficace.

Le traitement prophylactique comporte plusieurs indications : la première à remplir est l'administration de 30 centrigrammes de quinine par jour, des doses inférieures étant insuffisantes. De plus, il faudra prendre la précaution de laisser aux indigènes le défrichement et l'assolement. Quant aux futurs colons, il faudrait les former au négoce sur la côte.

Madagascar peut être divisée en trois grandes zones : celle du littoral, celle des hauts plateaux et la zone intermédiaire.

La zone du littoral doit être réservée pour la culture des légumes, betteraves.

La zone moyenne est propice à la culture du café et de la vanille.

Les hauts plateaux seront utilisés pour la culture des céréales, de la vigne et du quinquina.

Le carbure de calcium dans le cancer de l'utérus.

M. Guinard. — Depuis trois mois, dans le service de M. Peyrot, les cancers de l'utérus sont traités par le carbure de calcium. Un morceau de ce corps est directement mis au fond du vagin. Il se décompose bientôt en oxyde de calcium et en acétylène, par suite du contact de l'eau. Au bout de quelques jours, on enlève l'oxyde de calcium par un lavage de sublimé. L'on peut recommencer ce traitement plusieurs fois.

Les résultats en sont fort appréciables. Les parties malades prennent une teinte grisâtre, deviennent lisses. Les hémorrhagies, l'écoulement fétide et la douleur sont supprimés par ce procédé.

Quant au mode d'action du carbure de calcium, il est assez complexe. La chaux vive à l'état naissant agit sans doute de concert avec l'acétylène. Ce dernier passe dans les urines où on le retrouve. Peut-être, grâce à lui, se fait-il au contact des éléments cancéreux une sorte de coagulation spéciale du sang, analogue à celle que présentent les gens empoisonnés par du gaz d'éclairage.

Enfin, on évitera la diarrhée par l'emploi de fragments de carbure de calcium assez petits.

Diarrhées de villégiature.

M. Laussedat rappelle que bien des gens venant dans les villes d'eaux ont de la diarrhée.

Les causes de ces diarrhées sont variées : le plus souvent on est en présence de diarrhées alimentaires, assez semblables aux embarras gastriques. On les rencontre surtout chez les femmes, les enfants et les vieillards.

Le froid est encore un facteur de diarrhée. Symptomatiquement, les diarrhées dues au froid sont comparables aux précédentes. La cure thermale peut avoir sur elles un effet favorable. En tous cas, celle-ci n'est pas entravée par ces diarrhées.

On arrivera, le plus souvent, à éviter ces différentes espèces de diarrhées par une bonne hygiène générale et une hygiène alimentaire convenable.

Manifestations oculaires de la lèpre.

M. de Gouvea montre que les manifestations oculaires de la lèpre se rencontrent plutôt dans les formes cutanées que dans les formes anesthésiques.

Dans les formes anesthésiquee, on ne leur trouve pas de caractère spécifique. Elles consistent surtout en une insuffisance des orbiculaires palpébraux, qui relève d'une paralysie faciale.

Dans les formes cutanées, il y a des manifestations plus accentuées. On y observe des lésions des membranes internes : iritis avec atrophie des fibres musculaires de l'iris et existence de synéchies. On y observe, en outre, des affections de la coque oculaire : lépromes. infiltration des bords ciliaires des paupières et atrophie des orbiculaires.

A côté de ces lésions. il faut citer des accidents tardifs, dus en grande partie à l'insuffisance des paupières qui prépare le terrain aux inflammations. Ce sont la kératite, l'épisclérite, la sclérose, les staphylomes, les pannus crassus, les lépromes scléro-cornéens, les paralysies oculaires et les affections secondaires des membranes internes.

Tous ces accidents tardifs sont justiciables d'une blépharorrhaphie prophylactique le plus étendue possible. Pendant le sommeil, on appliquera un bandage oculaire quand les orbiculaires seront complètement atrophiés.

Abcès dysentérique du foie.

MM. Peyrot et **Roger** citent l'observation d'une femme, partie pour Nossibé, et qui, quatre mois après son départ, est atteinte de dysenterie, guérie au bout d'un mois. Mais peu après se montrent de la fièvre avec vomissements et douleur hépatique. La malade revient à ce moment à Paris.

Le foie était en effet douloureux, hypertrophié; la malade était dans un état cachectique très marqué. Après ponction, le diagnostic d'abcès du foie nettement posé, celui-ci fut ouvert par la voie transpleurale. On évacua la cavité, on la lava et on sutura. La malade guérit.

L'examen du pus révéla plusieurs faits particuliers. On y voyait un grand nombre de granulations réfringentes, non colorées par le bleu de méthylène. Ces granulations étaient des amibes. Il n'y avait pas de microbes dans le pus, au moment même de l'incision ; c'est là le point principal de l'histoire de cet abcès.

Six jours après l'ouverture de l'abcès, le pus contenait au contraire de nombreuses bactéries.

Quant aux amibes, ils se présentent sous forme de masses arrondies ou ovalaires, avec pseudopodes. Par ces pseudopodes, ils sont réunis les uns aux autres. Tout en ne fixant pas les couleurs d'aniline, ils se colorent par la solution de Lœffler.

Ces amibes sur certains milieux, et surtout sur l'infusion de paille, ont donné des cultures peu abondantes, ayant l'aspect de sphères de petites dimensions et de forme granuleuse, munies de prolongements.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 avril.

Cancer primitif du foie avec fièvre.

M. Achard. — A propos du cas d'ictère grave hyperthermique avec infection streptococcique, présenté par M. Hanot dans la séance précédente, voici deux observations de cancer primitif du foie, dans lesquelles il y avait de la fièvre et des symptômes d'ictère grave.

Dans la première, il s'agit d'une femme atteinte d'un cancer primitif avec ictère, albuminurie, urobilinurie, délire et fièvre; la température atteignit 41°5 quelques heures avant la mort.

Le seconde observation concerne un cancer en amande développé chez un homme qui fut apporté à l'hôpital dans un état de cachexie et de prostration profondes; l'urine renfermait de l'albumine et de l'urohiline, il y avait de la dyspnée et du myosis; la température était de 38°8 la veille de la mort. Dans les deux cas, le suc hépatique recueilli aseptiquement par ponction peu de jours avant la mort, donna des cultures de staphylocoque blanc.

Ces deux faits sont de nouveaux exemples d'infections développées au cours de cancers viscéraux. Ils peuvent être rapprochés des cas d'infection survenant dans le cancer gastrique.

Dissociation syringomyélique en forme de zona.

M. Achard présente un malade atteint d'atrophie musculaire, du type Aran-Duchenne, développée depuis 2 ans chez un homme de 22 ans. Etant donnée la limitation de l'atrophie aux petits muscles des mains et l'absence de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs, on pourrait, à première vue, songer à l'atrophie musculaire progressive de Duchenne. Mais, un examen plus approfondi montre que les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, qu'il y a une scoliose à la région dorsale inférieure, enfin, qu'il existe une bande d'anesthésie dissociée, formant, du côté gauche, une demi-ceinture, au niveau et au-dessous de l'ombilic et s'étendant sur une hauteur de 10 centimètres environ : c'est une sorte de zone d'anesthésie dissociée. Il s'agit donc d'une syringomyélie.

Ce cas est intéressant surtout par la topographie de l'anesthésie dissociée qui est exactement celle du zona abdominal. C'est un argument en faveur de la théorie médullaire du zona.

En outre, M. Achard cite, à ce propos, un cas de zona thoracique observé chez une vieille femme, et dans lequel les douleurs occupaient, symétriquement des deux côtés, une zone beaucoup plus étendue en hauteur que l'éruption unilatérale et se prolongeant, en outre, sur toute la longueur des vertèbres dorsales. Ce siège des douleurs s'expliquerait difficilement par des lésions des nerfs ou des ganglions; au contraire, la théorie spéciale en rend compte facilement, grâce à la distribution vasculaire des cordons postérieurs et à la proximité des fibres sensitives correspondants aux deux côtés.

Hémophilie avec stigmates télangiectasiques.

M. Chauffard. — La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît atteinte d'une forme, à bien des égards, anormale de cette curieuse affection, l'hémophilie. Cette femme, âgée de 50 ans, n'a jamais subi d'autres accidents pathologiques que ceux d'origine hémorragique que nous allons étudier.

Non seulement ses antécédents personnels sont nuls, mais encore on ne peut relever dans sa famille aucune tare hémophilique ou nerveuse appréciable.

C'est à l'âge de 20 ans que, spontanément, s'est produite la première hémorrhagie; ce fut une hémorrhagie en nappe du cuir chevelu; arrêt spontané au bout d'une heure environ.

Depuis lors, hémorrhagies nombreuses, localisées en une série de points toujours à peu près les mêmes.

Toutes ces hémorrhagies cutanées ou muqueuses ont été spontanées, fortuites, et aucun molimen congestif, aucune modification de l'état psychique, ne les précède ni les accompagne.

Diverses hémorrhagies traumatiques ont eu également lieu; ablation d'une dent, piqûre, même la plus légère. Un frottement un peu rude fait ecchymose, et la malade a dû renoncer à se brosser les dents, elle se contente de se frotter les gencives avec un linge fin.

Voyons maintenant ce que nous montre l'examen objectif de notre malade. C'est une femme petite, scoliotique. L'examen des différents organes ne révèle d'autre lésion qu'un certain degré d'artério-sclérose; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments anormaux.

Sur le fond anémique des téguments, se distinguent d'assez nombreuses stries rougeâtres, disséminées sur les joues, le front, le pavillon des oreilles.

Les caractères objectifs de ces différentes taches sont à peu près identiques. Par l'examen à la loupe, on constate que chaque ponctuation rougeâtre est formée par un ou plusieurs petits vaisseaux dilatés, arborescents ou plexiformes et pouvant former comme de petits nævi en miniature.

Chacune de ces télangiectasies capillaires semble très superficielle; le sang qu'elles contiennent est rutilant, fait à rapprocher de l'aspect artériel que présentent toujours les hémorrhagies spontanées de la malade.

Ces varicosités occupent différentes parties du revêtement cutané et muqueux : face, fosses nasales, voûte palatine.

Le processus de formation de ces petits angiomes capillaires n'est pas arrêté, car on a pu récemment constater l'apparition de nouvelles taches.

Si toutes ces télangiectasies n'ont pas saigné, il semble bien que ce soit toujours à leur niveau qu'ont eu lieu les hémorrhagies.

L'examen du sang, pratiqué par piqûre d'une pulpe digitale, a donné les résultats suivants : hémoglobine 65 0/0 ; globules rouges 3,689,000, normaux comme volume, comme forme, se groupant en îlots, sans tendance à se fusionner entre eux, leucocytes 14,818 ; entre lamelles ou dans la cellule à rigole, la formation du reticulum fibrineux paraît un peu retardée et, de plus, très peu abondante. Le syndrôme hématologique de l'hémophilie, autant qu'on peut le connaître par les très rares faits étudiés jusqu'à aujourd'hui, paraissait donc présent.

Comment comprendre et dénommer cette curieuse affection hémorrhagipare? Nous ne pouvons la classer que dans le groupe des *hémophilies*.

Mais l'histoire pathologique de la malade présente, outre son intérêt de rareté, des particularités bien anormales et même bien nouvelles.

Cas *sporadique* tout d'abord, *solitaire*, alors que, dans la règle, l'hémophilie est une maladie *familiale*, au premier chef. Ici, ni ascendants, ni collatéraux ne présentent rien d'analogue.

Les familles hémophiliques sont exceptionnellement fécondes. Ici, pas de polynatalité, la malade est stérile.

Enfin, au point de vue étiologique, le fait seul que notre malade est une femme constitue, sinon une exception, au moins une rareté, puisque la proportion des deux sexes, dans l'hémophilie, est de sept hommes pour une femme.

Comme particularités cliniques, notons l'absence des arthropathies, si communément observées, ainsi que des hématuries souvent assez abondantes et répétées, pour constituer une véritable forme clinique, l'hémophilie rénale.

En revanche, les hémorrhagies spontanées par la peau et les muqueuses prennent ici une telle importance qu'elles constituent presque toute la maladie. C'est ce qu'on a appelé parfois l'hématidrose ou sueur du sang; le terme d'*hémophilie cutanée* me paraîtrait mieux approprié, abstraction faites de ces cas, un peu analogues, qui relèvent de l'hystérie.

Mais ici l'hystérie doit être absolument rejetée; notre malade ne présente aucun stigmate de la névrose; et l'on sait que l'hystérie à hémorrhagies cutanées appartient aux grandes modalités de la maladie. Souvent même c'est à l'occasion de paroxysmes convulsifs que se produisent les écoulements sanglants.

Enfin, chez l'hystérique, les stigmates sanglants ne se produisent guère que dans des conditions très spéciales de l'état mental chez des mystiques à idées fixes. Il n'y a rien de pareil chez notre malade qui doit être classée parmi les hémophiles.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 20 AU 25 AVRIL 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Reynier, Poirier, Retterer. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Marchand, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, André, Heim. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrier, Ricard. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, Gaucher. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Reclus, Delbet, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Straus, Gilles de la Tourette.

Mardi 21 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Duplay, Campenon, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Quénu. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Rémy, Poirier, Raymond, — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Marie, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Berger, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Panas, Le Dentu, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Proust, Charrin. — 5e (1re partie), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

Mercredi 22 avril, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Reclus, Rémy, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Sebileau. — 4e : MM. Straus, Netter, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Marchand, Reynier, Ricard. — 5e (2e partie) : MM. Hayem, Grancher, Gaucher.

Jeudi 23 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — 2e Oral (1re partie) : MM. Cornil, Roger, Thiéry. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Berger, Hartmann, Bonnaire. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Polaillon, Bonnaire. — 3e (2e partie) ; MM. Hutinel, Ménétrier, Wurtz. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 24 avril, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Sebileau, Broca. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Hayem, Poirier, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Rémy, Reynier, Retterer. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Reclus, Lejars, Walther. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Landouzy, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 25 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Le Dentu, Hartmann. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Berger, Quénu, Chantemesse. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Polaillon, Rémy, Nélaton. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Campenon, Gley, Thiéry. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Poirier, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Hutinel, Marie. — 5e (2 partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Raymond, Achard, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 22 avril, à 1 heure. — *M. Thiénot* : Des lavages de la plèvre par simple ponction (MM. Potain, Pinard, Varnier, Wurtz). — *M. Roux-Auxence* : Contribution à l'étude de la persistance de l'hymen après l'accouchement (MM. Pinard, Potain, Varnier, Wurtz). — *M. Chavin* : Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie; résultats éloignés (MM. Terrier, Joffroy, Delbet, Broca). — *M. d'Azincourt* : Résultats de l'intervention chirurgicale dans les bronchiectasies (MM. Terrier, Joffroy, Delbet, Broca). — *M. Pératé* : Technique de l'hystérectomie vaginale (MM. Terrier, Joffroy, Delbet, Broca). — *M. Mage* : Contribution à l'étude des corps étrangers de l'œsophage (MM. Tillaux, Fournier, Tuffier, Walther). — *M. Dordonnat* : Des épanchements uro-hématiques périrénaux dans la contusion du rein (MM. Tillaux, Fournier, Tuffier, Walther). — *M. Naz* : De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque (MM. Tillaux, Fournier, Tuffier, Walther). — *M. Ghazarossian* : Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement (MM. Tillaux, Fournier, Tuffier, Walther).

Jeudi 23 avril, à 1 heure. — *M. Félix* : Le myxœdème associé à la maladie de Basedow (MM. Brouardel, Laboulbène, Marie, Chassevant). — *M. Costel* : Etude sur les calculs de l'amygdale (MM. Laboulbène, Brouardel, Marie, Chassevant). — *M. Renon* : Contribution à l'étude du chlorhydrate de phénocolle (MM. Laboulbène, Brouardel, Marie, Chassevant), — *M. Elculerescu* : Contribution à l'étude des grossesses multiples univitellines et bivitellines (MM. Mathias-Duval, Le Dentu, Campenon, Bar). — *M. Boulté* : Accouchement prématuré artificiel provoqué par la méthode de Dührssen (MM. Le Dentu, Mathias-Duval, Campenon, Bar). — *M. Damaschino* : Contribution à l'étude des abcès urineux (MM. Guyon, Duplay, Albarran, Nélaton). — *M. Bois* : Etude sur les fistules du sinus frontal (MM. Duplay, Guyon, Albarran, Nélaton). — *M. Lepaitre* : Les syphilis justiciables du traitement hypodermique (MM. Duplay, Guyon, Albarran, Nélaton). — *M. Farret* : Contribution à l'étude du thymus chez l'enfant (MM. Grancher, Raymond, Chantemesse, Marfan). — *M. Castagnol* : Etude historique et bibliographique de la médication thyroïdienne (MM. Raymond, Grancher, Chantemesse, Marfan). — *M. de Massary* : Le tabes (MM. Raymond, Grancher, Chantemesse, Marfan).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours pour le prosectorat.

Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 26 mai 1896.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 16 mai.

Concours pour l'adjuvat.

Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 11 mai 1896.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 2 mai.

Laboratoire de tératologie.

M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, a commencé ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique le mardi 14 avril 1896, et les continuera les samedis et mardis suivants, au laboratoire de tératologie (bâtiment du musée Dupuytren).

HOPITAUX DE PARIS

Aux termes d'un décret réorganisant le Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris, le nombre des membres du Corps médicale faisant partie dudit Conseil est porté de 3 à 5 (un médecin, un chirurgien et un accoucheur des hôpitaux, un médecin du service des secours à domicile et un professeur de la Faculté de médecine).

MM. Potain et Lannelongue ont été nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, le premier

comme représentant les médecins des hôpitaux, le second comme représentant la Faculté de médecine.

MM. les docteurs Millard et Gérin-Roze sont nommés médecins honoraires.

Concours de l'internat.

MM. les élèves externes des hôpitaux et hospices sont informés que, pour le concours de l'internat en médecine qui doit s'ouvrir au mois d'octobre prochain, les conditions d'admission restent telles qu'elles étaient fixées pour les concours précédents.

Tous les externes comptant une année au moins de service en cette qualité dans les hôpitaux pourront y prendre part; les conditions d'admission au concours de l'internat en médecine ne devant être modifiées qu'à partir de l'année 1897.

A partir du concours de 1897, les externes qui font leurs études conformément au régime fixé par le décret du 20 juin 1878 pourront se présenter à l'internat pendant les sept années qui suivront la prise de leur première inscription de médecine ; toutefois. les années de présence sous les drapeaux ne seront pas comptées dans ce délai.

A raison des dispositions qui précèdent, les candidats devront produire, à partir de l'année 1897, indépendamment des certificats actuellement exigés pour l'inscription au concours, un certificat de scolarité délivré par l'Ecole de médecine, et constatant la date de la prise de leur première inscription.

Une réglementation sera prise ultérieurement en ce qui concerne les élèves soumis au nouveau régime d'études fixé par le décret du 31 juillet 1893.

Concours de chirurgie (Bureau central, 2e épreuve).

MM. Chevalier, 17 ; Morestion, 16 ; Mauclaire, 14.

ACTES OFFICIELS

Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Dubourreau (de Cauterets) ; Pauthier (de Senlis).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Chotard (de Creuilly) ; Duriez (de Pierrefonds-les-Bains) ; Dardignac, Decaux (médecins militaires) ; Suard (médecin de la marine).

Le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, en témoignage de leur dévouement au cours de diverses épidémies : 1° une *médaille d'argent* à MM. Hermary et Ferron, internes des hôpitaux de Paris ; Grosjean, interne à l'hôpital maritime de Berck ; une *médaille de bronze* à M. Bigot, externe des hôpitaux de Paris.

Par décret, dans les Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie, lorsqu'une chaire devient sans titulaire, ou lorsque les congés accordés à des professeurs titulaires l'exigent, il est pourvu aux besoins de l'enseignement au moyen de cours renouvelables chaque année.

Le traitement des chargés de cours est fixé par arrêté du ministre et dans la limite du crédit inscrit pour chaque chaire au budget de l'Ecole.

NOUVELLES

Enseignement élémentaire de la gynécologie et des maladies vénériennes.

MM. les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare feront deux fois par an une série de leçons élémentaires sur la gynécologie, la vénéréologie et la syphiligraphie. Chacune des trois parties du cours comprendra six leçons ; les leçons auront lieu trois fois par semaine : le cours entier durera donc un mois et demi. Le cours d'hiver sera fait par MM. Le Blond, Verchère, Jullien et Ozenne ; le cours d'été par MM. Chéron, Le Pileur, Barthélemy et Feulard. La date exacte d'ouverture de ces cours sera annoncée ultérieurement.

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

I. Définition.

Le rhumatisme blennorrhagique rentre dans la catégorie des pseudo-rhumatismes infectieux isolés, pour la première fois, dans le cadre nosologique par M. le professeur Bouchard. C'est une affection dont les manifestations sont d'apparence, mais non de nature rhumatismale.

Le rhumatisme blennorrhagique est dû à une infection générale de l'économie par le gonococcus de *Neisser* et diffère beaucoup, par suite, du rhumatisme franc ou vrai.

II. Division.

Les manifestations du rhumatisme blennorrhagique sont :

A. Articulaires.

B. Extra-articulaires.

Nous aurons en vue surtout les premières.

III. Historique, pathogénie, nature du rhumatisme blennorrhagique :

Première période (clinique).

A la fin du XVIIIe siècle, Hunter, Selle, Swediaur, Cullerier signalent nettement la coïncidence d'accidents articulaires variés avec la chaude-pisse et invoquent, comme pathogénie, la métastase.

En 1864, discussion célèbre à la Société médicale des Hôpitaux : *Fournier* montre les caractères différentiels du rhumatisme vrai et du rhumatisme blennorrhagique.

1° Fréquence des manifestations articulaires au cours de la blennorrhagie, montre un rapport de cause à effet.

2° Les récidives du rhumatisme blennorrhagique sont parallèles aux récidives de la blennorrhagie.

3° Il existe des différences essentielles entre le rhumatisme vulgaire et le rhumatisme blennorrhagique.

(Peter, Ricord, Nélaton, Velpeau, Grisolles.)

Deuxième période (histologique).

Première théorie (Bouillaud).

Simple coïncidence entre rhumatisme vrai et la blennorrhagie.

Deuxième théorie (Peter, Guéneau de Mussy).

La blennorrhagie réveille la diathèse rhumatismale jusque-là latente ou crée le rhumatisme. D'après Fournier, le rhumatisme blennorrhagique serait d'origine réflexe, mais le rhumatisme blennorrhagique peut survenir en l'absence d'uréthrite à la suite d'une ophtalmie blennorrhagique isolée. Donc, le rhumatisme n'est pas le résultat d'un phénomène réflexe ayant pour point de départ la muqueuse uréthrale.

Troisième théorie (Lasègue).

Le rhumatisme blennorrhagique rentre dans la catégorie des rhumatismes pyohémiques ; c'est une pyohémie atténuée ayant son point de départ dans la suppuration uréthrale (pénétration du pus dans le sang.)

Quatrième théorie (Pidoux et Féréol).

Il existe une diathèse blennorrhagique spéciale, comme il existe une diathèse syphilitique spéciale, une diathèse rhumatismale spéciale. L'arthropathie dépend de cette diathèse.

Cinquième théorie (Actuelle) (Bouchard-Bourcy).

Le rhumatisme blennorrhagique est dû à une infection générale de l'organisme par le gonocoque de Neisser. Il y a infection blennorrhagique, dont la détermination principale est une arthropathie connue sous le nom de rhumatisme blennorrhagique.

Quel est l'agent pathogène ?

Gonohémie.

1° *Infection du sang par le gonocoque de Neisser retrouvé dans les liquides articulaires* (Haller, Bouchard, Bousquet).

2° *Infection du sang par les produits de sécrétion des gonocoques*, ce qui expliquerait l'absence des gonocoques dans certains épanchements articulaires (Strans, Mauriac, Dieulafoy).

Pyohémie.

L'arthrite blennorrhagique peut suppurer, quoique rarement, Lasègue, Talamon, Duplay-Brun ont trouvé dans ces cas, non des gonocoques, mais des streptocoques et des staphylocoques.

L'arthrite blennorrhagique serait secondaire à la pyohémie.

En résumé :

Dans la blennorrhagie : deux sortes d'infections possibles : gonohémie, pyohémie (Marfan).

IV. Etiologie.

A. Cause nécessaire.

Blennorrhagie uréthrale, vaginale et même conjonctivale. Il faut, de plus, que la blennorrhagie soit dans une phase active (Besnier).

B. Causes prédisposantes.

Diathèse arthritique.

Froid. (Non, d'après Fournier.)

Fatigues, efforts (Besnier). (Non, d'après Fournier.)

Traumatismes.

Suppression brusque d'un écoulement.

Injections irritante, abortive.

Manifestations articulaires.

V. Anatomie pathologique, ou siège de la lésion.

Souvent plusieurs articulations sont prises au début ; mais habituellement le mal se fixe plus tard sur une seule articulation.

Par ordre de fréquence :

Genou (gonocèle), tibio-tarsienne, coude, poignet, sterno-claviculaire, larynx (articulaire), temporo-maxillaire, vertébrales.

VI. Symptômes.

Epoque d'apparition.

Rien de précis. Variable suivant les cas. Ordinairement du sixième au vingtième jour de l'écoulement.

Quelques fois après sa disparition.

Formes cliniques.

Cinq formes à étudier : Arthralgie, hydarthrose, subaiguë, aiguë, purulente.

1° Forme arthralgique (Fournier).

Souvent n'est que le début des autres formes, ou leur terminaison, et alors persiste pendant des mois.

Caractérisée par : *Douleurs*.

Tantôt douleurs vagues dans toutes les jointures.

Tantôt et plus souvent localisées à un petit nombre d'articulations, et surtout aux articulations du pied.

Ces douleurs sont persistantes, sont exagérées par la pression, et surtout par les mouvements, au point que la marche est impossible ou du moins gênée.

Plus vives le matin ; diminuant ou disparaissant pendant une partie de la journée ; il semble alors que la jointure se dérouille (Fournier).

2° Forme hydarthrose (Fournier).

Ressemble aux autres hydarthroses, se montre surtout dans les grandes articulations : genou (gonocèle). sterno-claviculaire. Ordinairement mono-active. Ordinairement indolence presque complète ; absence de fièvre. L'épanchement se forme assez vite, est d'emblée très abondant, et gêne la marche. Résolutions lentes ; tendances à la chronicité, aux récidives à chaque nouvelle chaude-pisse. Durée : De plusieurs semaines à un an.

3° Forme aigue (Duplay-Brun).

Monoarthrite aiguë. Forme plastique ankylosante de Gosselin. Une seule articulation intéressée.

Ressemble à une arthrite traumatique.

Douleurs violentes dès le début. Impotence absolue.

Rougeur.

Chaleur.

Tuméfaction très rapide et très marquée en raison de l'épanchement et de l'œdème inflammatoire des tissus périarticulaires.

Périoste et extrémités osseuses intéressées. Hyperiostose disparaissant très difficilement.

Ankylose complète et définitive survient très rapidement.

4° Forme subaigue, polyarthrite blennorrhagique subaiguë (Fournier et Talamon).

Constitue le vrai pseudo-rhumatisme blennorrhagique.

C'est la forme usuelle de l'arthropathie. Caractères qui la différencient du rhumatisme articulaire ;

a) Plusieurs articulations prises ; mais en nombre moindre que dans le rhumatisme articulaire aigu.

b) Fluxion moins mobile, plus fixe.

c) Pas de délitescence subite, de transport intégral d'une jointure à l'autre comme dans le rhumatisme ordinaire ; quand la fluxion saute d'une articulation à l'autre celle qu'elle quitte est encore douloureuse alors que celle qu'elle gagne est déjà prise.

d) Résolution difficile.

e) Malades n'ont ni les sueurs, ni les urines de rhumatisants vrais.

f) Dans la saignée des malades atteints de rhumatismes blennorrhagiques, le sang ne présente pas la couenne fibrineuse blanche du rhumatisme ordinaire.

g) Dans le pseudo-rhumatisme blennorrhagique, les complications viscérales sont exceptionnelles.

Signes physiques :

Les articulations atteintes sont en première ligne : genou, coude.

La tuméfaction devient en quelques jours très marquée, et déforme le membre atteint. Cette tuméfaction est dnc : 1° à l'œdème intense de la région s'accompagnant quelquefois de lymphangite superficielle et d'une coloration rosée ; 2° à l'épanchement qui se fait dans les séreuses périarticulaires et l'articulation elle-même.

Peau chaude, sèche.

Membres en demi-flexion à cause de la douleur, souvent atrophie musculaire précoce.

Signes fonctionnels :

Douleur est le premier symptôme : parfois extraordinairement vive, exaspérée et devenant atroce quand on imprime un déplacement au membre atteint.

Augmentée par la pression.

Symptômes généraux :

L'état général est en rapport avec le nombre des articulations prises et l'intensité des arthrites.

Fièvre peu considérable le plus souvent.

Souvent l'infection blennorrhagique détermine une anémie rapide : mais rarement un état général aussi grave que dans le rhumatisme vrai.

Evolution assez rapide, en quelques jours à deux semaines au plus. Retour à l'état normal d'un certain nombre d'articulations seulement. D'ordinaire, il ne reste que atrophie musculaire ; et, de plus, tuméfaction et douleur de 1, 2 ou plusieurs articulations.

5° Forme purulente (Fournier, Lasègue, Talamon).

Arthrite blennorrhagique suppurative sera reconnu par l'état général, la fièvre, la ponction exploratrice.

(A suivre.)

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 17 25 Avril 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LE PROFESSEUR JACCOUD.

De la fièvre typhoïde.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un jeune garçon de 18 ans, de constitution robuste qui entra dans notre service, il y a trois semaines environ. Il était au cinquième jour d'une maladie aiguë, notamment d'une fièvre typhoïde qui a présenté, au point de vue de la durée, de l'intensité et de l'évolution, certaines particularités intéressantes et importantes à connaître.

Cette maladie a évolué sous nos yeux et présenté quatre périodes bien distinctes : 1e période d'invasion au début de laquelle nous n'avons pas assisté, cette période dura jusqu'au septième jour : 2e période d'état allant du huitième jour au quinzième jour ; 3e période de déclin du quinzième au vingt et unième jour, et enfin 4e période de défervescence du vingt et unième au vingt-huitième jour.

A chacune de ces périodes un examen et une étude approfondis de la maladie permettaient de rattacher des enseignements véritablement intéressants et pratiques.

Le malade était entré, vous ai-je dit, au cinquième jour dans l'après-midi. La température vespérale était de 40°2 : le lendemain, le matin, elle était de 39°9, et le soir de 40°7. L'ascension thermique était terminée le sixième jour, mais pouvons-nous savoir quelle était la température pendant les premiers jours ? Avons-nous quelque moyen de nous enseigner à ce sujet ?

Eh bien, oui !

Nous avons un motif plausible de penser, d'être même sûr, que la température chez ce malade s'est élevée graduellement, progressivement, en échelon, et ce motif, *c'est l'absence des vomissements.*

Il faut que vous sachiez que l'absence des vomissements indique d'une façon certaine chez les enfants et les adolescents, moins certainement chez des sujets âgés de 25 à 30 ans, que l'absence des vomissements, dis-je, indique une température peu élevée. Les vomissements sont un symptôme constant de fortes fièvres, et c'est pour cela que nous les voyons apparaître dans toutes les maladies fébriles où la température est élevée dès le début, comme la scarlatine, la variole.

La relation entre les vomissements et la température est d'autant plus sûre que le sujet est plus jeune.

Et la température vespérale du sixième jour vous indique-t-elle quelque chose, vous permet-elle de préjuger de l'évolution de la maladie ? Parfaitement. Le chiffre de 40°6 est trop fort et vous pouvez être sûr que vous aurez affaire à une fièvre typhoïde grave.

D'autre part, le malade était atteint de dyspnée, de catarrhe bronchique ; ces deux phénomènes ne sont pas normaux au cinquième jour. Si je vous dis que le catarrhe bronchique précoce coïncidait avec l'herpès labial, vous comprendrez pourquoi on a fait le diagnostic de pneumonie, pneumonie centrale dont les caractères sthétoscopiques ne pouvaient pas être constatés à cause, justement, de la localisation centrale des lésions. Ce diagnostic était évidemment justifié par les symptômes observés, et surtout par la présence de l'herpès labial.

Mais il faut faire attention.

L'herpès labial, il est vrai, est d'une grande rareté dans la fièvre typhoïde ; il est tellement rare que l'on a cru même autrefois qu'il n'existait jamais et dans les cas douteux on se basait sur sa présence pour faire le diagnostic de pneumonie.

Ce n'est pas exact.

Ce qui est exact, c'est que, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, l'herpès est très rare ; à la période de déclin il se rencontre dans 5 0/0 de cas : à la période d'invasion sa rareté est encore plus grande, on ne le trouve que dans 3 0/0 de cas.

Donc, on ne doit pas se baser sur la présence ou l'absence de l'herpès pour rejeter ou établir le diagnostic de fièvre typhoïde.

Je reviens à notre malade. Le lendemain, c'est-à-dire le septième jour, la température ne s'élève qu'à 39°, il y avait donc une rémission thermique assez accusée. Cette rémis-

sion est normale classique. J'ai montré que ce n'était pas *toujours* au septième jour qu'elle se produisait, mais *le plus souvent*. Le fait de la rémission ajouté à l'absence de signes stéthoscopiques a modifié le premier diagnostic et l'on vit qu'on avait affaire à une fièvre typhoïde.

Au point de vue de la rémission, avait-elle une signification? Oui. Elle était trop faible. Quand l'amplitude de la rémission est de 2° ou plus, il y a lieu de penser que la maladie sera légère, mais quand la température ne tombe pas au-dessous de 39°, c'est un signe de gravité.

Nous avions donc ici un ensemble de phénomènes : la température, la précocité du catarrhe bronchique, l'albuminurie apparue le septième jour — qui indiquait que la maladie allait être grave. L'observation thermique des deux jours suivants a prouvé surabondamment nos prévisions parce qu'on a pu constater *l'insuffisance des rémissions matinales*.

Cette insuffisance des rémissions pendant les jours qui suivent le septième indique que la fièvre sera grave *par elle-même*, quel que soit l'état des organes.

Je saisis cette occasion pour vous dire quelques mots sur l'importance de ce phénomène au point de vue de la gravité de la maladie :

Lorsque ces rémissions seront, sinon supérieures, du moins égales aux oscillations physiologiques de la température, la fièvre sera grave et grave, je ne saurais trop le répéter, *par elle-même*, indépendamment de l'état des organes. Vous saviez que les oscillations physiologiques sont de 6 à 8 dixièmes. Eh bien! dans le cas qui nous occupe, la rémission n'était que de 3 dixièmes. Et j'ajoute ce fait intéressant sans m'y arrêter aujourd'hui : les rémissions, au lieu de se faire, comme cela se passe normalement, le matin, avaient lieu le soir.

Nous nous trouvions donc en face d'un ensemble de caractères qui, tous, étaient fâcheux, non point pour l'issue de la maladie, mais pour son évolution.

Ce que je viens de vous dire ne s'applique pas seulement au cas particulier qui nous occupe aujourd'hui ; cet enseignement, sachez-le bien, est d'une portée générale, s'appliquant à tous les cas. Et, quand vous en serez pénétrés, vous serez plus calmes en face d'accidents et votre jugement aura plus de solidité.

Le onzième jour, les caractères de gravité s'accusent; en effet, bien que la rémission matinale soit de 8/10, il existe une ascension le soir, ascension qui constitue une irrégularité flagrante. Pendant la période d'état, les caractères de la température doivent être sensiblement pareils jusqu'aux deux derniers jours. C'est pour cela qu'on l'appelle « période d'oscillations stationnaires ». En un mot, la courbe ne doit pas être brisée.

Ici, le onzième jour, la température monte, et cette irrégularité persiste les jours suivants. Malgré cela, il y avait chez notre malade un phénomène négatif favorable : pas de traces d'accidents cérébraux.

Au huitième jour, il a eu une belle éruption de taches rosées : le même jour, il fut pris de diarrhée qui ne présentait aucune particularité. Au douzième jour apparut une angine caractérisée par un exsudat blanc, mou, pas adhérent, dont le caractère non diphtéritique pouvait être affirmé.

Est-ce nouveau? Pas du tout! L'angine se montre ordinairement beaucoup plus tard au début de la convalescence. S'agissait-il ici d'une angine dite «typhoïde»? Jamais. La seule qui doive être appelée de ce nom fait son apparition avant la fin du premier septénaire, elle a une tendance ulcéreuse et, dans l'exsudat, on trouve le micro-organisme propre à la fièvre typhoïde.

A côté de l'angine, deux autres phénomènes sont de nature à attirer votre attention.

Le moins important consistait dans une otite externe : ce n'était pas bien inquiétant, mais, ce qui l'était beaucoup plus, c'est qu'en même temps la voix *devint rauque* ; le larynx était frappé de la plus terrible complication, laryngo-typhus. La raucité de la voix — soyez pénétrés de ce fait — est un *symptôme qui ne trompe pas*.

La situation devenait très grave : le laryngo-typhus étant cause fréquente de mort et, ceci soit dit entre parenthèses, quand un malade meurt de cette complication, il est guéri de sa maladie ; c'est le larynx qui le tue, et l'on peut dire qu'il meurt guéri.

Cela vous prouve combien nous avions raison de dire, dès le début, que la maladie serait grave. Les événements, comme vous le voyez, ont pleinement confirmé notre pronostic.

Jusqu'au vingt et unième jour, il ne se produit pas de grand changement, mais nous avons une température véritablement affolée : les chiffres du soir ne se ressemblent pas du tout, ceux du matin non plus — c'est le stade *amphibole*, ainsi nommé à cause des irrégularités qui le caractérisent, et qui ne se montrent que dans les fièvres typhoïdes graves.

Cet état a duré pendant sept jours. Enfin, nous arrivâmes à la défervescence. Comment se fit-elle? Suivant un mode peu commun, rare même, mais dont j'ai démontré l'existence, et qu'il faut connaître.

Il y a trois modes de défervescence dans la fièvre typhoïde :

Le mode le plus fréquent, c'est la défervescence graduelle ; la température baisse progressivement pendant 5 à 7 jours pour arriver à la normale.

Le second mode est un mode brusque : la température tombe d'un coup. Je l'ai signalé, et aujourd'hui il est classique. Je vous fais remarquer qu'il n'y a aucune espèce de rapport entre le mode de défervescence, la durée et la gravité de la maladie.

Enfin, dans le troisième mode, la défervescence se fait par intermittence, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de fièvre le matin, et le soir, la température est, au contraire, très élevée.

Cela peut aller comme ça pendant sept jours, généralement elle ne dure que quatre jours.

Ici, le matin, la température tombait au-dessous de la normale et le soir elle atteignait des chiffres énormes : 38°3, 39°2. Et, voyez comme il est important d'être au courant de ce fait, de bien connaître ce mode spécial de défervescence.

Si vous n'êtes pas prévenu, vous pourriez croire à une complication. Il faut donc utiliser cette notion et rester calme. Un beau jour vous constaterez que la température n'est plus élevée le soir : la convalescence commence.

Le mode par intermittence doit toujours être présent à l'esprit du médecin pour qu'il puisse éviter une faute thé-

rapeutique, à savoir de ne jamais administrer de quinine, dont les effets sont nuisibles dans ce cas.

C'est un mode naturel.

Sur 224 cas, j'ai relevé 61 cas de défervescence par intermittence, ce qui fait une proportion de 27 0/0, ou, si vous voulez, en chiffres ronds, 25 0/0, de sorte qu'on peut dire que dans *un quart de cas* la défervescence se fait par intermittence.

Autre point intéressant.

Dans un certain nombre de cas, très rares, exceptionnels, on observe un type inverse dans le mode par intermittence : la température *s'élève le matin et est absolument normale le soir.*

Sur mes 61 cas, 57 présentaient le type normal; apyrexie le matin et fièvre le soir; dans quatre seulement j'ai constaté le type inverse. Encore une particularité que le médecin doit bien connaître, autrement il croira de nouveau à une complication qu'il voudrait traiter.

Avant de finir, deux mots sur le traitement auquel nous avons soumis notre jeune garçon. Mon traitement général, vous le connaissez : lotions froides, des toniques dont le quinquina et l'alcool constituent la base. J'insiste sur le traitement du laryngo-typhus. Il faut le traiter énergiquement *dès le début*, quand il n'y a encore qu'une simple inflammation accompagnée, peut-être, d'un exsudat susceptible de se résorber. Plus tard le traitement devient beaucoup plus difficile; on est forcé de recourir à des attouchements directs, réclamant l'intervention d'un spécialiste.

J'ai pour habitude constante de faire appliquer, dès que la voix devient rauque, une dizaine de gouttes d'huile de croton. Une petite précaution importante au point de vue pratique : *recouvrir le cou de diachylon*, autrement le malade, en baissant la tête, pourrait transporter sur le menton la substance irritante.

Cette application peut être répétée au bout de 48 heures, s'il n'y a pas d'amélioration notable; parfois on est obligé de faire plusieurs applications, en diminuant le nombre de gouttes, si le malade va mieux. Notre malade en a eu quatre.

Maintenant il est complètement guéri, sa voix est bien timbrée et claire.

Il faut, je le répète, intervenir de bonne heure : plus tard, malgré l'intervention énergique, les chances de succès seront beaucoup moindres.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La Thérapeutique de Georges Baglivi (1668-1707)

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Nous terminions de ramasser nos notes sur Baglivi lorsqu'une brochure de M. Fabre (de Commentry) nous est parvenue sur ce médecin. Dans une solide étude, notre savant collègue rectifiait un certain nombre de détails biographiques mal vérifiés par la négligence des érudits.

Mort dans sa trente-neuvième année, après avoir été successivement professeur d'anatomie et de médecine pratique à l'archilycée de la Sapience de Rome, Baglivi a traversé en un tourbillon de génie le monde médical qui resta comme étourdi de son passage.

C'est qu'au lieu de bavarder, il s'agissait d'observer et la transition de l'une à l'autre de ces occupations ne s'opère pas toute seule. Réprimer un flux de langue est d'une de ces difficultés qui rebutent les persévérances les plus endurcies. Aussi Baglivi, qui connaissait sans doute combien chimérique est l'espoir de transformer les habitudes de nos semblables, maintint intacte la soupape aux discussions, tout en conseillant la modération dans son ouverture. Beaucoup d'expérience au lit du malade, soit; mais quelques discours quand même, ne fût-ce que pour ne pas exposer à la mélancolie des intelligences incapables de s'allumer sans l'étincelle des phrases faciles et applaudies.

Soutenue par Baglivi, la doctrine solidiste résolut le problème : pendant deux siècles elle soulagea les esprits en obsession d'éloquence. C'est tout à l'aise qu'on fulmina contre l'inanité des dogmes humoraux; et chacun de jurer par la lumière éblouissante du solidisme.

Baglivi avait comparé les dents à des ciseaux, les artères et les veines à des tuyaux hydrauliques, le cœur à un piston, les viscères à des cribles, le thorax à un soufflet. Les opérations chimiques étaient expliquées par la forme des atomes et le diamètre des vaisseaux commandait l'importance des sécrétions. A la rigueur, on admettait une fermentation du sang; mais cet emprunt fait aux iatro-chimistes était perdu dans le machinisme des coins, leviers et corps de pompe au fonctionnement desquels était subordonné l'entretien de la vie.

Cette conception présentait un avantage : d'être comprise. Démonter un organisme comme une bâtisse avec ses charpentes et ses conduites d'eau, à la bonne heure : voilà de la science; l'analyse s'étendait à ce qui était perçu; cela était asssez gros.

Quant à s'imaginer qu'il existait autre chose qui échappât au regard, non pas : il n'a rien moins fallu que les doctrines microbiennes qui datent d'hier pour démontrer que le monde n'était pas circonscrit à l'horizon grossier de la rétine.

Le plus important était même ce qu'on n'avait pas soupçonné : le travail de nutrition latent dans l'intimité des tissus et la lutte contre les infiniment petits.

A Baglivi solidiste appartiennent le traité de la fibre motrice et la dissertation sur l'anatomie des fibres. Le Baglivi hippocratique revendique le traité de médecine pratique et le mémoire sur l'usage et l'abus des vésicatoires. Bien supérieur celui-ci à celui-là. L'impression qu'il nous laisse est d'une intelligence dont le vol plane très haut et qui a atteint les sommets du premier coup d'aile.

Baglivi n'était âgé que de vingt-huit ans lorsqu'il publia sa « Médecine pratique ». On comprend l'hésitation des contemporains à reconnaître la valeur d'une œuvre signée d'un tout jeune homme. Et puis il apparaissait si frêle! Son portrait nous le montre et il avait trente-quatre ans à cette époque, le front haut, si haut sous ses cheveux bouclés que les yeux, un œil curieux, bridé et peut-être atteint d'un léger strabisme, que les yeux sont renvoyés dans une face presque trop exiguë, semble-t-il. Il résulte de cette disposition un amincissement de la charpente osseuse qui ramasse en un ovale d'enfant le nez aux narines ouvertes, les lèvres pincées et ce menton à fossettes que supporte le linge mal empesé d'un petit col rabattu et sans cravate.

II

La discussion sur l'inconvénient des vésicatoires soulevée par M. Huchard, à la Société de Thérapeutique, donne un regain d'actualité au mémoire de Baglivi.

Celui-ci s'arrête complaisamment aux accidents provoqués par la révulsion cantharidienne : elle fait courir au malade des

risques dont le moindre est la soif avec sécheresse de la bouche. Voici venir maintenant le défilé des complications urinaires : dysurie et hématuries; jetons un coup d'œil sur le groupe des troubles locaux : cicatrisation pénible et gangrène de la plaie et réservons toute notre attention pour les désordres nerveux. Nous apercevons d'abord les soubresauts de tendons; leur importance s'efface toutefois devant la solennité du coma, du délire et des convulsions. Jamais de vésicatoires à un délirant; on le tue; pas davantage de vésicatoires aux fiévreux, surtout si on appréhende des convulsions; ils auraient le sort des délirants. Au médecin de ne pas transformer ses malades en clientèle de nécropole.

Par contre, le vésicatoire sera utile dans tous les cas où il s'agira de dissoudre ou d'atténuer les vices du sang. Les maladies des yeux, la toux avec expectoration, la pleurésie tireront avantage de la révulsion cantharidienne. Parfois même le médicament pourra être administré par une autre voie, le tube digestif par exemple. Thomas Bartholin prescrivait les cantharides à l'intérieur. Il les considérait comme spécifiques dans la gonorrhée, la suppression d'urine et les calculs urinaires. Il formulait : un scrupule de poudre de cantharides dissous dans trois onces de vin du Rhin ou d'esprit de vin; laisser macérer quelques jours; filtrer; à prendre chaque jour une cuillerée mêlée à sept cuillerées de vin.

Les dangers que Baglivi reconnaît à la révulsion cantharidienne peuvent en résumé être traduits ainsi qu'il suit. Traduction libre en langue moderne : les vésicatoires seront bannis du traitement des maladies infectieuses aiguës, ils provoquent une irritation rénale trop intense par l'adjonction qu'ils réalisent du poison cantharidien uni aux toxines microbiennes. On n'autorisera le vésicatoire que dans les infections très atténuées ou les maladies non fébriles.

Tenu en garde contre les illusions thérapeutiques, Baglivi n'en a pas moins cédé à l'entraînement que la coïncidence d'un traitement heureux opère sur l'imagination. Tout de suite on est tenté de considérer comme spécifique une médication qui a réussi. On joue un rôle, n'est-ce-pas, auprès du malade et quiconque joue un rôle en exagère fatalement l'importance. L'amour-propre réclame sa place dans une cure; à quoi bon un médecin, si le malade guérit tout seul? Celui-ci va bien : c'est donc à vous qu'il doit sa guérison.

C'est ainsi que dans la fièvre intermittente, Baglivi prône le sel ammoniaque et la camomille, au détriment du quinquina qui, d'après notre auteur, est plein de dangers, du moins à Rome et dont il se sert très rarement; c'est encore la même erreur d'interprétation qui lui fait désigner la violette comme spécifique des maladies convulsives et nerveuses.

Le sourire vient aux lèvres. Lequel de nous, hélas ! n'a pas sa chimère ? Et puis Baglivi ne s'y laissait pas bercer plus qu'il ne convient.

Le rêve ne l'enlevait pas à la perception aiguë du monde réel. Sa thérapeutique en général voyait juste.

Les fièvres aiguës sont à leur début justiciables de la saignée ; qu'elles s'accompagnent de vertiges, d'un état syncopal, d'anxiété, un vomitif est préférable. On usera à cet effet de préparations antimoniées : le crocus metallorum que l'on associera à du vin. L'ipécacuanha trouvera surtout ses indications dans la dysenterie et les hémorrhagies.

Quant aux réfrigérants, opposés aux fièvres aiguës, ils risquent d'en entraver la crise. Une grande prudence commandera leur emploi.

Dans l'ictère, nous voyons préconisé un vin médicamenteux où entrent les feuilles de séné, l'absinthe, la petite centaurée, les baies de genièvre; l'auteur y ajoutait de la limaille de fer. Les calculs urinaires étaient expulsés par les eaux minérales et les balsamiques tels que décoction de pin ; les douleurs vives expulsives réclamaient l'usage des émollients et des calmants.

A l'asthme convenaient la gomme ammoniaque, l'oxymel scillitique, le spermaceti et le julep de tabac dont on corrigeait le goût désagréable par l'adjonction de sirop d'althaea. Des infusions d'hysope, scabieuse, véronique, lierre terrestre servaient d'excipient à ces divers remèdes. L'air de la campagne, l'usage interne du lait étaient recommandés avec avantage. A la rigueur, une saignée soulageait les paroxysmes asthmatiques ; mais elle risquait d'affaiblir et le médecin devait plutôt chercher à démêler la vraie cause de l'asthme, afin d'utiliser une thérapeutique plus certaine et moins périlleuse; l'asthme qui vient de l'estomac était combattu par les évacuants ; on rappelait l'affection cutanée dont la disparition avait engendré les crises d'oppression; il était requis de poursuivre l'inflammation concomitante du poumon.

Ce souci d'une thérapeutique étiologique était plus nettement encore formulé dans le traitement de la goutte. Celle-ci provient d'une triple cause : l'abus du vin, les excès vénériens, le repos prolongé. On lui opposera le lait et les boissons aqueuses, la modération dans les rapports sexuels, l'exercice.

III

Le médecin qui se targue d'éviter les hypothèses y tombe communément. L'idée d'un raisonnement qu'on réprouve le fait commettre.

Baglivi n'admettait pas d'hypothèses, celles d'autrui s'entend: car pour les siennes, il se montrait d'une tolérance inconsciente et naïve. Il dotait la dure-mère d'une structure musculaire, lui attribuait des alternatives de tension et de relâchement dont la conséquence était un mouvement de systole et de diastole dans l'encéphale. Au cerveau de lancer le fluide nerveux comme le cœur lançait le fluide sanguin. Conclusion par analogie qui, de tous les modes de raisonnement, est certainement le plus défectueux ! Cela même, Baglivi l'avait dit. Au nombre des obstacles qui entravent les progrès de la médecine, il avait placé l'abus de ce procédé de démonstration par analogie. Or, non seulement il s'en servait tout à son aise, mais il donnait comme point de départ à la discussion une hypothèse, cette hypothèse du fonctionnement musculaire qu'il accordait à la dure-mère.

La jeunesse de l'auteur se révèle à ces contradictions qui témoignent d'une éducation imparfaite de ce centre d'arrêt psychique qu'est la réflexion. L'intelligence de Baglivi était vive : il discernait les lacunes de l'enseignement médical de son époque; seulement, trop occupé à corriger le voisin, il négligeait ses défauts à lui, en sorte qu'il sombra sur l'écueil qu'il signalait aux autres. L'intensité des sensations qu'il recueillait se résolvait en une certaine impulsivité d'idées et quand celles-ci étaient préconçues, elles résistaient aux faits qui leur étaient contraires.

Ainsi Baglivi soutenait les théories mécaniques de Borelli et de Bellini; il se montrait, au contraire, peu partisan des doctrines chémiatriques. D'une telle opinion découlait la conviction qu'il est licite de recourir aux explications mécaniques pour interpréter les phénomènes de la vie, mais que rien n'est plus dangereux que de comparer l'activité d'un corps vivant à une réaction qui se passe dans une cornue. Cela est vrai parce que je le crois, est un article de foi familier à Baglivi.

S'il eût vécu, sans doute, se serait-il amendé ! Et, puis combien peu pèsent les défauts d'un homme supérieur placés en regard de ses qualités !

N'est-ce pas Baglivi, l'un des premiers, qui s'est élevé contre le préjugé de la génération spontanée? Le principe de tout animal et de tout végétal, s'écrie-t-il, a un œuf pour origine. Ce n'est pas la pourriture qui produit les insectes, mais la chaleur et la fermentation des matières qui pourrissent favorisent l'éclosion des œufs comme le soleil favorise le développement de la végétation.

Une telle prescience de la vérité fait bien pardonner quelques accrocs à la dialectique.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Traitement des plaies de la veine fémorale au ligament de Poupart.

M. Jordan (*Beitr. z. klin. Chir.*, v. XIV, n° 1). — Autrefois, on le sait, on craignait que la ligature de la veine fémorale n'entraînât la gangrène des extrémités. Plus tard, des expériences vinrent démontrer d'une façon certaine que ce malheureux accident ne suit pas toujours la ligature de la veine.

Jordan rapporte deux faits de blessure de la veine où la ligature fut nécessaire; dans un autre cas, on fit la suture latérale. Dans tous ces cas, guérison complète.

D'après ces observations et d'après d'autres déjà connues, on peut poser les conclusions suivantes :

1° La crainte de la gangrène après ligature de la veine n'est pas fondée.

2° La ligature peut se faire sans crainte quand son indication est absolue (blessure étendue et surtout circulaire de la veine dans les tumeurs malignes).

3° S'il y a simplement solution de continuité partielle, il faut éviter, autant que possible, la ligature, surtout si, par suite d'une perte de sang considérable et de la faiblesse concomitante du cœur, le rétablissement de la circulation collatérale semble devoir être quelque peu difficile à se faire.

4° Dans ce dernier cas, la suture veineuse est le procédé le plus rationnel et le plus sûr.

Résection des canaux déférents comme moyen de traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Helferich (Greifswald) (*D. med. Woch.*, 9 janv. 1896) rapporte dix cas d'hypertrophie ainsi traités :

Dès les deux premiers cas, on fit l'évulsion : le premier, un malade qui ne pouvait émettre une seule goutte d'urine, urinait facilement, 8 à 10 semaines après l'opération, 1,200 à 1,800 grammes d'urine par jour. Résidu, 200 à 300 grammes. Dans le deuxième cas, il se produisit, à la suite de l'évulsion, une ecchymose sous-péritonéale étendue dans la région inguino-vésicale. C'est pourquoi cette méthode fut abandonnée et dans les huit autres cas on fit la résection (sans narcose dans six cas). L'incision est toute petite, de moitié au plus. On attire le bout périphérique du déférent et on le résèque sur une longueur de 5 à 7 centimètres. Suture. Quelques gouttes de collodion : on fait porter un suspensoir pendant quelque temps après l'opération.

Les résultats, au point de vue fonctionnel, sont excellents. Tout d'abord le malade n'a plus besoin du cathéter; plus tard, disparition du ténesme vésical, jet plus fort, diminution du volume de la prostate, tels sont les symptômes de l'amélioration produite.

Comme suites désagréables, une dysurie passagère et la stérilité absolue, bien que les désirs et la faculté de pratiquer le coït ne soient pas absolument perdus. Il y a évidemment un rapport de cause à effet entre l'opération et l'amélioration produite, bien que certainement il y ait aussi à compter avec les influences nerveuses : on ne peut en effet s'expliquer que par une décongestion réflexe de la prostate et de l'urèthre prostatique l'amélioration qui survient immédiatement après l'opération. Plus tard, il y a véritablement un processus atrophique dans la prostate.

Dans les cas où les résultats ne sont pas tout à fait aussi brillants que ceux de la castration, il ne faut pas perdre de vue que la résection des déférents est un procédé inoffensif et qui offre cependant de grandes chances de succès.

Pathogénie et traitement de l'hydrocéphalie chronique.

Pott (Halle). — L'auteur distingue l'hydrocéphalie congénitale ou intra-utérine et l'hydrocéphalie acquise après l'accouchement.

Dans l'hydrocéphalie congénitale, si l'accumulation de liquide se fait avant le quatrième mois, les vésicules cérébrales éclatent, et, plus tard, on ne trouve pour les représenter que deux grands sacs remplis de liquide. Comme cause, l'auteur admet un obstacle rétrograde au courant du liquide cérébro-spinal. Plus importantes au point de vue pratique sont les hydrocéphalies qui surviennent après la naissance, le plus souvent avant le milieu de la première année. Dans ces cas, les sujet apportent avec eux, en venant au monde, une certaine prédisposition. Plus tard, un traumatisme parfois servira de cause déterminante. Comme pathogénie, il faut admettre un processus inflammatoire avec exsudation séreuse. Après diverses maladies infectieuses, syphilis, tuberculose, après le rachitisme aussi, peut se développer une hydrocéphalie.

Tous les traitements actuellement en usage donnent peu de résultat; malgré des ponctions répétées, le liquide s'accumule toujours de nouveau. L'enfant meurt dans le marasme plus ou moins longtemps après l'opération, même quand celle-ci a été absolument aseptique. L'auteur en voit la raison dans la perte extraordinairement considérable d'albumine, dont la quantité pour 100 augmente continuellement dans le liquide de l'hydrocéphalie. La ponction lombaire de Quincke est sans effet; de même le passage d'un drain à demeure dans l'orifice de la ponction.

Parfois, passagèrement, par exemple pour une amaurose simultanée à la suite de compression cérébrale, le résultat peut être bon. On trouve également signalées dans la littérature médicale des guérisons par rupture dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

Recherches sur la stérilisation des sondes.

E. R. W. Franck (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 44, 1895). — La plupart des agents autrefois employés pour la désinfection des sondes les attaquent. Récemment on a employé les vapeurs de mercure Faucault. A Paris (Guyon, Albarran, Janet) on emploie l'acide sulfureux; mais R. Koch met en doute le pouvoir désinfectant de ce gaz.

Les travaux d'Aronson (*Propriétés antiseptiques du formol, Berl. kl. Woch.*, 30, 1892) ont engagé l'auteur à faire des essais avec une solution aqueuse à 40 0/0 d'aldéhyde formique.

Les travaux de Buchner et Segall, Berlioz et Trillat, Valude, Aronson, Lehmann, Lœw, Stahl, Blum et Legner ont prouvé que le formol est un antiseptique extraordinairement actif et que les vapeurs formiques ont le même pouvoir germicide.

D'après les expériences faites au laboratoire de physiologie de Berlin, il résulte que l'action des vapeurs qui se dégagent d'une solution concentrée de formol peut, en 24 heures, détruire tous les germes pathogènes. De plus, les instruments souples ou rigides ne sont nullement altérés même par une action permanente, prolongée pendant plusieurs mois de ces vapeurs.

L'introduction des cathéters ainsi stérilisés ne provoque aucune irritation de la muqueuse uréthrale. Pour rendre au médecin cette stérilisation aussi facile que possible, Franck a fait fabriquer un cylindre de verre dont le pied se démonte. On verse dans ce pied la solution de formol; les sondes sont suspendues

dans le cylindre de verre. On revisse le pied et les vapeurs formiques qui se dégagent vont désinfecter les instruments qui, en même temps, sont ainsi conservés aseptiques.

Les instruments doivent être absolument secs avant d'être placés dans l'appareil; leur bon état de conservation en dépend.

Traitement de l'appendicite.

M. K. Fowler (*Centralbl. für Chirurg.* n° 46, 1895). — L'auteur a observé environ 200 cas d'appendicite : le seul traitement rationnel est, pour lui, l'extirpation de l'appendice. On ne peut porter, avec quelque certitude, un pronostic favorable que pour les cas qui, dans les vingt-quatre heures après le début aigu, montrent une régression bien nette, mais il ne faut pas prendre pour une régression le calme momentané qu'une administration d'opium aura pu donner. Il ne faut pas non plus se montrer trop optimiste et penser à ces cas, qui semblent bénins au début et qui, peu à peu, deviennent graves.

Dans la majorité des cas, il faut opérer; il y a indication dès qu'on a reconnu le caractère progressif de l'appendicite.

On attend 24 heures : si aucun mieux ne se produit, il faut opérer : l'opération précoce donne de bien meilleurs résultats que l'opération tardive. Dans l'opération précoce, on cherche à enlever l'appendice; plus tard, on ne l'enlève que si on peut le faire sans blesser les adhérences protectrices. La péritonite généralisée n'est pas une contre-indication. Pour l'opération précoce ou pour l'intervention dans les périodes de repos d'une appendicite à répétition, on fait une incision le long du bord externe du muscle grand droit. S'il y a une tumeur, on fait une incision oblique, parallèle au grand oblique. Comme traitement consécutif, l'auteur rejette l'opium et recommande d'user modérément de la morphine.

DANEMARK

Castration de l'hypertrophie de la prostate.

Thorkild Rorsing, de Copenhague, (*Cbl. f. Chirurg.*, 11 janvier 1896). — La castration double produit évidemment l'atrophie de la prostate, mais pour juger ses resultats, il faut faire entrer en ligne de compte l'état de la vessie. Il ne suffit pas d'enlever l'obstacle que crée la prostate hypertrophiée, si la vessie, à la suite de rétention chronique, a perdu toute contractilité, et si à l'hypertrophie compensatrice de sa tunique musculaire a succédé l'atrophie. Il semble donc que la castration doive être rejetée dans ce cas.

Voici pourtant une observation qui montre d'une façon convaincante l'utilité de la castration, même quand l'hypertrophie est établie depuis longtemps.

Malade âgé de 85 ans : depuis 15 ans, difficultés de la miction; depuis 11 ans, n'urine qu'avec une sonde. Le cathétérisme est devenu de plus en plus difficile; même avec une sonde n° 8 (Charrière), on provoque des hémorrhagies.

Miction douloureuse. Urines purulentes. Le toucher rectal fait sentir une prostate grosse comme une mandarine. Une sonde n° 8 est mise à demeure. Le patient réclame une intervention, on lui fait la castration double. Suites opératoires très simples. Le 13e jour après l'opération, on enlève la sonde à demeure; on passe facilement un n° 15. La prostate a diminué de 1/5; 4 semaines plus tard, le malade urine spontanément plusieurs fois par jour, et émet chaque fois 30 ou 60 grammes d'urine. La prostate est diminuée de moitié.

3 mois après : Etat général excellent; le malade urine spontanément et l'urine est claire, acide, sans traces d'albumine; la prostate reste le 1/2 de ce qu'elle était avant l'opération.

Cette observation montre que dans les cas les plus graves et les plus anciens, on peut espérer encore quelque résultat; elle va contre la théorie de Guyon, qui accuse l'artério-sclérose, car la régression de l'artério-sclérose peut à peine être admise ici.

Quant au volume de la prostate, il est à remarquer qu'il n'y a pas toujours rapport direct entre celui-ci et la rétention.

Dans le cas présent, il y avait rétention complète depuis 11 ans; on pouvait croire la musculeuse de la vessie complètement dégénérée; cependant il s'est produit ce fait contradictoire que, quelques mois après l'opération, la vessie se vidait complètement, bien que la prostate fût encore d'un volume respectable.

On ne connaît actuellement aucune explication satisfaisante de la rétention dans l'hypertrophie. On ne sait s'il y a entre la rétention et l'hypertrophie des rapports de coordination ou de subordination. Peut-être une connaissance plus exacte des rapports encore inconnus entre les testicules et la prostate en donnera-t-elle la clef.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril. — Présidence de M. Monod.

Traitement des luxations congénitales de la hanche.

M. Kirmisson. — Je reviens, en quelques mots, sur ce que j'ai longuement dit dans la dernière séance. (Voir *Gazette Médicale* du 18 avril 1896). Je pense que la méthode exclusivement chirurgicale n'est pas une *panacée* applicable à tous les cas de luxations congénitales de la hanche. Mais je conviens que l'opération, quand elle est véritablement indiquée, est aujourd'hui une chose parfaitement connue et réglée.

Je veux maintenant vous présenter le petit malade que voici. Je vais le faire marcher rapidement devant vous. Vous voyez qu'il est manifestement atteint d'une luxation double congénitale. Mais vous conviendrez tous que cette luxation ne gêne pas considérablement la fonction, puisque l'irrégularité de la marche est presque nulle. Au contraire, si nous découvrons ce malade, nous voyons que la difformité de ses hanches est considérable. Il y a chez lui un contraste frappant entre la difformité et la fonction.

Conclusion : ce petit malade est un exemple évident de la réserve à faire au point de vue de l'opération. Pour mon compte, je ne l'opérerai pas et j'imagine que, tous ici, vous imiteriez ma conduite. Il y a donc, à la vérité, dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, comme il y en a partout ailleurs, des indications certaines, mais aussi des contre-indications à l'intervention sanglante.

M. Quénu. — Bien que mon expérience opératoire soit insuffisante en ce qui concerne le traitement des luxations congénitales de la hanche, je partage entièrement les idées de M. Kirmisson.

Je n'ai opéré que deux fois ces luxations.

La première fois, c'était en 1891. J'étais assisté par mon ami Nélaton. Je m'étais inspiré des observations de Hoffa. Je les avais même lues au père de mon opéré et j'avais insisté, auprès de lui, sur une opération suivie de mort. Néanmoins, l'opération fut réclamée et je la fis.

J'opérai comme le recommandait alors Hoffa, en désinsérant tous les muscles trochantériens.

Il nous fut impossible de faire descendre la tête fémorale. J'en fus réduit à décapiter le fémur et le malade guérit de l'opération, mais sans bénéfice au point de vue de la fonction.

L'année suivante, en 1892, inspiré cette fois des observations de Lorenz, j'ai opéré un second malade en coupant, au préalable, tous les muscles qui s'insèrent à la branche ischio-pubienne. Malgré cela, il me fut impossible d'amener la tête fémorale en face de la cavité cotyloïde et je dus me contenter encore d'une décapitation. Ici, les suites opératoires furent un peu

moins simples que la première fois et le malade mit plus longtemps à guérir, mais il guérit ; j'obtins néanmoins une meilleure fixation de sa tête fémorale et une correction de son ensellure lombaire.

Voilà donc, en somme, un double insuccès au point de vue de la réintégration de la tête.

Comme on l'a déjà dit, la cause principale de cet insuccès revient à la déformation osseuse congénitale.

M. Félizet. — Comme l'a dit M. Kirmisson, il est certain que, dans cette *tourmentante* question du traitement des luxations congénitales de la hanche, la technique opératoire que l'on doit suivre paraît aujourd'hui parfaitement déterminée. Je n'y reviendrai pas.

Mais il me semble que jusqu'ici, dans la discussion, on a fait trop bon marché de l'anatomie pathologique de la question. Et, pourtant, cette anatomie pathologique existe, mais elle gêne les amateurs de l'intervention quand même. N'y a-t-il donc qu'un procédé de traitement? A cela, MM. Kirmisson et Quénu ont répondu sagement par l'éclectisme et ils ont dit qu'il fallait tenir compte des indications et des contre-indications opératoires.

Il me semble que lorsque nous parlons de luxations congénitales de la hanche, nous sommes un peu les victimes du dictionnaire, et que nous attachons à ces luxations congénitales un sens qu'elles n'ont pas. Nous sommes en effet, loin pour le cas présent, d'une luxation traumatique. Il ne s'agit plus de deux surfaces articulaires ayant perdu leur contact normal, mais il s'agit de surfaces articulaires anormalement développées : une cavité cotyloïde souvent déformée et absente, un col fémoral long, une tête fémorale petite.

Il suit de là, que les indications de l'intervention ne sont plus les mêmes que pour une luxation traumatique. Aussi les gens sages préfèrent-ils avoir recours à l'orthopédie avant de s'adresser au histouri.

Mais ce sont là des digressions. En considérant les résultats qui ont été obtenus par les chirurgiens, je voudrais que l'on amenât à la Société de chirurgie les sujets qui ont été opérés depuis déjà longtemps. Je voudrais que l'on amenât à la fois les insuccès et les succès, que l'on nous montrât comment aujourd'hui ces opérés marchent, et que l'on nous fît voir si la scoliose a diminué. Après cela seulement, je me déciderai à faire cette opération que je n'ai pas osé entreprendre jusqu'ici.

M. Broca. — M. Kirmisson et moi, nous sommes près de penser de la même façon. Seulement, je suis moins que lui, j'en conviens, partisan de la méthode orthopédique.

Quant à M. Félizet, ce ne peut être que de moi qu'il a voulu parler quand il a fait allusion aux amateurs d'intervention quand même. A cela je n'ai qu'à répondre par les chiffres que voici : J'ai vu *deux cents* cas de luxations congénitales de la hanche, j'en ai opéré *trente-sept*. Il y en a donc *cent soixante-trois* que je n'ai pas opérés.

Comme M. Kirmisson, je n'aurais pas davantage opéré le petit malade qu'il nous a montré tout à l'heure. Je le répète, le seul point sur lequel M. Kirmisson et moi nous différions, c'est sur le traitement orthopédique. Le traitement orthopédique donnera-t-il de bons résultats ? Je n'en sais rien. M. Kirmisson l'applique de très bonne heure, chez les enfants jeunes. Ce qu'il y a de sûr, c'est que, personnellement, je n'opère pas les enfants au-dessous de trois ans.

Voici, enfin, quelques pièces anatomiques qui montrent les bons résultats de certaines de mes interventions. Il s'agissait d'enfants dont l'un est mort six mois, l'autre treize mois, après l'opération. L'un et l'autre sont morts de rougeole. Vous voyez que les résultats obtenus et observés à longue échéance sont parfaits.

M. Félizet a raison de dire qu'il faut distinguer la malformation initiale de la hanche, de la vraie luxation. Mais mon opinion est qu'il existe toujours un cotyle, et qu'il est toujours possible de l'agrandir et d'y amener la tête fémorale. Seulement, il faut une certaine pratique de cette opération pour la réussir, et si M. Quénu n'a pas pu, à deux reprises, amener la tête fémorale dans le cotyle, c'est qu'il n'en avait pas l'habitude.

M. Félizet veut que j'amène ici mes opérés. Je les amènerais volontiers si je ne les avais déjà montrés à l'Académie de Médecine. Mais, dorénavant, ceux que j'opérerai vous seront montrés ici, et ils vous seront montrés de nouveau dix-huit mois après l'opération, car il faut ce laps de temps pour obtenir un bon résultat. D'ailleurs, pour ce qui est des malades que j'ai montrés à l'Académie, je prie M. Lucas-Championière, qui les a vu marcher, de dire si oui ou non ils marchaient bien.

M. Lucas-Championnière. — Ils marchaient très bien.

M. Félizet. — Mais, montrez-nous-les après une longue course : venant de Tenon ici, par exemple.

M. Broca. — Mes malades ont pu faire, sans fatigue, d'aussi longues marches.

M. Kirmisson. — Il me semble que nous avons répondu d'avance à toutes les objections de M. Félizet, car je ne considère pas comme une objection qu'il nous ait rappelé que la luxation congénitale de la hanche n'était pas une luxation au sens propre de ce mot.

M. Félizet demande des résultats. Mais j'ai passé trois quarts d'heure, dans la dernière séance, à résumer tous ceux des différents chirurgiens. Ce sont là des faits publiés *in extenso*, et je m'étonne que M. Félizet nous en demande plus. Nous avons enfin tout avoué : les morts, les récidives, les insuccès et les succès. Nous avons montré nos malades. Nous affirmons, et l'on affirme avec nous, qu'ils marchent bien. Moi-même j'ai vu des résultats merveilleux obtenus par Lorenz. Cela me semble répondre aux désirs de M. Félizet.

A M. Broca je dirai qu'il n'a pas du tout compris le passage de ma communication relatif à la méthode non opératoire du traitement des luxations congénitales de la hanche. J'ai dit que, grâce à ce traitement, les malades pouvaient acquérir une néarthrose solide. Mais je ne crois pas que l'on puisse, étant donnée la disposition réciproque de la tête et de la cavité cotyloïde, rétablir sous le chloroforme, comme le fait Lorenz, l'ordre normal en un seul temps. Je crois qu'il faut soumettre les enfants à un traitement long pour obtenir des résultats satisfaisants par le traitement orthopédique.

M. Broca. — L'extension simple a-t-elle donné de merveilleux résultats ? M. Kirmisson dit oui, mais il n'a pas suivi les malades et, à la vérité, il est difficile de les suivre. Je ne crois pas, pour ma part, que l'on arrive à quelque chose de bon par ce traitement.

M. Kirmisson. — Je suis d'un avis diamétralement opposé à celui de M. Broca.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. Richelot. — Voici une question moins passionnante que celle du traitement des luxations congénitales de la hanche. Il s'agit d'un rapport dont vous m'avez depuis longtemps chargé sur un travail de M. Gouguenheim présenté à la Société de Chirurgie, et ayant pour titre : La trachéotomie dans le service de laryngologie de l'hôpital Lariboisière. Je déclare tout d'abord que ce rapport ne sera pour moi qu'un prétexte à revenir sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne dont je vous ai déjà souvent parlé.

Dans son travail, il est vrai, M. Gouguenheim a signalé deux innovations au sujet de la trachéotomie. C'est d'abord l'abandon du thermo-cautère pour la section des parties superficielles : peau et tissu cellulaire. Cette section est faite au histouri et le thermo-cautère n'est repris que pour la section des plans profonds. Je crois que M. Gouguenheim aurait pu abandonner complètement le thermo-cautère. La seconde innovation consisterait dans l'ouverture au thermo-cautère d'une boutonnière profonde à travers

laquelle on passerait une sonde canelée pour poursuivre l'ouverture de la trachée. Mais je n'approuve pas davantage ce petit *truc* de M. Gouguenheim. Je crois donc que cet auteur a exposé, en réalité, les bonnes habitudes qu'il a prises dans son service de laryngologie, à l'hôpital Lariboisière, mais je ne vois pas que son travail contienne de réels progrès au sujet de la pratique de la trachéotomie. C'est donc pour moi l'occasion de répéter ce que j'ai dit ici, dans maintes et maintes circonstances: le seul moyen de modifier heureusement la trachéotomie, chez *l'adulte* (*car il est entendu que nous ne parlons que des adultes*), c'est d'abandonner complètement cette opération et de lui substituer la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Cette opération, M. Gouguenheim l'a pratiquée une seule fois et son malade est mort. Mais cela est insuffisant pour la rejéter comme il fait. M. Gouguenheim dit aussi que, dans cette opération, la canule empêche les mouvements des deux cartilages thyroïde et cricoïde l'un sur l'autre, qu'elle est une cause de douleur et qu'elle gêne la phonation. J'avoue que je n'ai jamais vu ces incidents se produire et je persiste à croire que, de la part de M. Gouguenheim, ces arguments ont été créés pour les besoins de la cause.

J'ai le regret de voir que M. Gouguenheim n'a pas été convaincu par un fait dont il a presque été le témoin. Il s'agissait d'un Chilien que M. Gouguenheim soignait pour un rétrécissement syphilitique du larynx. Une nuit, on vint me demander pour ce malade, il étouffait et allait expirer quand je fis rapidement la laryngotomie intercrico-thyroïdienne et eus le honheur de le sauver.

C'est, en effet, une opération simple et rapide, mais qu'il faut oser faire. Les chirurgiens, eux, ne la redoutent pas. Mais les médecins ont la sensation d'une opération nouvelle, d'une éducation nouvelle à se faire et, devant le nouveau, ils reculent.

Les avantages de l'opération sont : l'inutilité des écarteurs, l'absence des vaisseaux importants. Soulevant et soutenant, avec l'index gauche, le bord inférieur du thyroïde, la tête étant dans l'extension forcée, on fait une incision de 1 centimètre ; on ouvre ensuite, avec la pointe du histouri, la membrane crico-thyroïdienne et l'on termine par l'introduction de la canule de Krishaber. Il faut moins d'une minute pour que l'opération soit terminée. Et c'est précisément dans sa courte durée que siège l'un des principaux bénéfices de cette opération. Une canule de 9 à 10 millimètres suffit largement à la respiration. Je l'ai vue fonctionner pendant de longs mois, elle a toujours été facilement tolérée, même chez les tuberculeux et les cancéreux, dont les cartilages peuvent être ramollis et fracturés. Je ferai remarquer, de plus, que j'emporte toujours deux canules, l'une petite, l'autre plus grande. La petite canule est celle que j'introduis la première dans le larynx ; elle entre plus facilement et je suis toujours à temps de la remplacer par la canule plus grande.

Cette opération, je l'ai pratiquée quinze fois ; une fois, entre autres, chez un malade atteint de rétrécissement cancéreux, chez lequel le larynx, profondément enfoui dans le cou, était presque introuvable. De plus, il était, pour ainsi dire, avalé par le thorax à chaque mouvement inspiratoire. Enfin, je réussis à mettre le doigt sur le cartilage cricoïde. Je le répète, ce point de repère se trouve toujours en dernière analyse et, grâce à lui, il me fut possible d'ouvrir le larynx à chaque mouvement expiratoire, à chaque mouvement d'élévation.

J'opposerai donc mes conclusions à celles de M. Gouguenheim et je dirai que, *chez l'adulte*, la laryngotomie intertricothyroïdienne est l'opération de choix. Ce sont là des conclusions que nous avons déjà données, les médecins semblent ne pas les avoir écoutées, il faut les leur redire. Après tout, ce n'est pas là une opération nouvelle, puisque Décès (de Reims), en 1853, proposa la trachéotomie sous-cricoïdienne ; puisque Nélaton, en 1861, incisa le cricoïde. Mais Vicq d'Azyr, Gross et Krishaber avaient déjà pratiqué la laryngotomie intercricothyroïdienne.

M. Delorme. — Depuis que j'ai vu M. de Saint-Germain pratiquer si habilement la laryngotomie en un seul temps, je ne fais plus que cette opération, qui m'a toujours donné des succès sans troubles de la voix. Je partage donc entièrement les conseils de M. Richelot.

M. Tuffier. — Je suis d'accord avec M. Richelot sur la facilité de la laryngotomie. Mais j'y connais des contre-indications que je tiens à signaler. Il s'agit du cancer du larynx. Dans des cas de ce genre, il m'est arrivé deux fois de préférer à la laryngotomie la trachéotomie. J'y trouve deux avantages : la trachée a plus de chance d'être perméable que le larynx. L'ouverture du tube laryngo-trachéal se fait plus loin du foyer cancéreux et elle sera plus tardivement envahie par le cancer.

M. Poirier. — Dans le but d'enseigner la trachéotomie et la laryngotomie aux élèves, j'ai examiné plus de cent cinquante larynx, et il m'a paru que, souvent, surtout chez les vieillards, l'espace intercrico-thyroïdien était insuffisant pour laisser passer la canule.

Mais je reconnais que, chez l'adulte, la laryngotomie, telle que la décrit M. Richelot, et non telle que M. Delorme dit l'avoir vu faire par M. de Saint-Germain, car cet auteur n'a jamais fait que la trachéotomie en un seul temps, je reconnais, dis-je, que la laryngotomie est une opération simple et rapide. Je ne crois pas cependant qu'il en soit toujours ainsi. Dans le cancer, par exemple, les vaisseaux sont très développés, les ganglions que j'ai décrits devant le larynx sont engorgés, ce sont là autant d'obstacles, qui ne s'opposent pas à l'ouverture de la membrane intercrico-thyroïdienne, mais qui nécessitent une certaine lenteur d'action. J'ajoute aussi que, dans certains cas, chez des myxœdemateux, par exemple, le larynx est difficile à trouver, ce qui complique d'autant l'opération.

En résumé, j'admets ce que M. Richelot vient nous dire à nous, chirurgiens, mais je ne pense pas qu'il faille l'enseigner ainsi aux élèves.

M. Pozzi. — J'approuve la manière de faire de M. Richelot. J'insisterai seulement sur un petit point de technique qui consiste à fixer, au préalable, le bord inférieur du cartilage thyroïde avec un double crochet.

M. Félizet. — J'ai souvent pratiqué l'opération de M. Richelot. Je n'ai jamais vu de vaisseaux dans la plaie, je n'ai jamais vu davantage de douleurs dans les mouvements du larynx après l'opération.

M. Quénu. — Je partage l'opinion de mes collègues sur les avantages de la laryngotomie, mais je ferai la même objection que M. Tuffier, à propos du cancer du larynx.

M Richelot. — Je crois que nous sommes à peu près d'accord en ce qui concerne les avantages de la laryngotomie. Je suis aussi d'accord avec mes collègues sur les contre-indications à cette opération.

M. Poirier dit que l'espace intercrico-thyroïdien est insuffisant chez le vieillard, pour recevoir une canule. A cela, je répondrai non. Il est vrai que j'ai vu un cas de ce genre, au début de ma pratique de cette opération. Mais, depuis, sur quinze opérations, je n'ai pas vu de cas semblables. Il suffit, en effet, de soulever le cartilage thyroïde pour agrandir l'espace compris entre les cartilages, ou, ce qui revient au même, on défléchit la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque. M. Pozzi me semble enfin avoir donné la note juste au sujet de la technique à suivre.

Présentation de malades.

M. Thierry présente un cas d'actinomycose de la région massétérine dans lequel la description donnée par Poncet a servi pour établir le diagnostic. Ce malade était grainetier et l'on a trouvé, dans le liquide de sa tumeur, les grains caractériques de l'actinomycose.

M. Picqué présente une malade atteinte d'une tumeur du plancher de la bouche.

M. Quénu. — Voici un malade qui présentait une tubercu-

lose épididymaire double. Je vous le présente parce qu'il a été pour moi le sujet de l'application d'une méthode de traitement de cette affection que je préconise depuis déjà quelque temps.

En effet, les auteurs ont émis des opinions différentes sur ce traitement. MM. Monod et Terrillon, dans leur monographie, ont proposé la castration pure et simple. Je me suis écarté de ces auteurs et ma pratique consiste à aborder le foyer tuberculeux aussitôt qu'il est formé, à le gratter s'il est caséifié, sinon à l'exciser.

Chez le malade que voici, je me suis conformé à cette pratique. J'ai obtenu, d'un côté, une réunion par première intention, de l'autre côté, une cicatrisation lente, mais des deux côtés la guérison.

JEAN PETIT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1896.

Traitement hydro-minéral des angines de poitrine.

M. de Ranse fait sur ce sujet une communication que nous publierons *in extenso* dans notre prochain numéro.

Gavage par le nez chez les enfants.

M. Saint-Philippe. — Les enfants débiles, nés avant terme, succombent le plus souvent au froid et à la faim, sans parler de la dilatation aiguë du cœur. On sait que le froid est aujourd'hui assez facilement vaincu, par l'emploi des couveuses. Pour la faim, il faut s'adresser au gavage.

Mais chez les enfants, le gavage ne présente pas les mêmes facilités que chez l'adulte. Une sonde introduite par la bouche dans l'œsophage est un moyen inapplicable à cet âge. Aussi me semble-t-il beaucoup plus pratique de gaver les enfants par les fosses nasales. Cette opération est d'ailleurs simple à exécuter. Point n'est besoin de sonde, qu'on ne peut employer que chez des enfants déjà âgés. Une cuillère à café à bec pointu suffit. Après avoir renversé la tête de l'enfant sur mes genoux, je mets l'extrémité de cette cuillère alternativement devant l'une et l'autre narine, et j'y fais couler le lait que contient la cuillère. Le lait de femme est celui auquel il faut s'adresser de préférence. Sinon, on prendra du lait de vache coupé. Par ce procédé, on voit que l'enfant est soumis à un gavage en réalité peu compliqué et fort efficace. On peut continuer ainsi pendant un mois.

Ce qu'il y a à craindre par l'emploi de cette méthode de gavage, c'est la production d'un coryza. C'est pour l'éviter que l'on aura recours aux soins d'antisepsie nasale ordinaires. On fera des lavages des fosses nasales avec de l'acide borique; on mettra, à l'orifice des narines, une pommade contenant de l'acide borique et de la cocaïne.

Manière d'user de la sonde à demeure chez les prostatiques.

M. Guépin. — La sonde à demeure est capable, on le sait, de rendre d'énormes services, surtout chez les prostatiques. C'est un procédé de drainage vésical à la fois simple et utile. Toutefois, il arrive dans certains cas que les malades ne puissent supporter la sonde à demeure. Il faut alors user de certains moyens qui aideront les malades à y arriver.

Les moyens les plus usuels, sur lesquels je n'insisterai pas, sont le choix convenable de la sonde pour les différentes questions de composition, de forme et de calibre; sa mise en place méthodique; sa fixation; son bon fonctionnement, dont on se rend compte en examinant l'écoulement de l'urine et en faisant des injections dans la vessie.

A côté de ces moyens, il en est deux, moins connus, dus à Reliquet, qui les a mis en pratique. Ce sont l'injection vésicale et la suppression de tout ce qui peut rétrécir l'extrémité du canal.

L'injection vésicale doit être faite après l'écoulement de l'urine. La sonde à demeure, qui doit être fermée par un fausset, chez tout prostatique, après la période aiguë de rétention, sera ouverte à chaque besoin d'uriner. L'urine une fois écoulée, alors que se fait sentir un besoin factice de miction, on introduit dans la vessie, à l'aide d'une seringue, de l'eau boriquée tiède. Le liquide est poussé lentement jusqu'au moment où le malade ne ressent plus de besoin factice et anormal. Le plus souvent, il suffit de quelques centimètres cubes d'eau boriquée. Cette question de quantité est fort importante, puisqu'elle peut faire échouer le procédé.

Le second moyen consiste à supprimer ce qui comprime ou rétrécit l'extrémité du canal : atrésie, ectopie du méat, atrésie préputiale. Il suffit le plus souvent d'un coup de ciseaux, après anesthésie par la cocaïne, pour que l'obstacle soit levé. Par sa présence, il provoque en effet des phénomènes spasmodiques qui rendent le séjour de la sonde insupportable.

C'est par l'emploi de ces procédés que la sonde à demeure pourra le plus facilement être tolérée par les malades, et par cette pratique, on pourra éviter des interventions sérieuses, comme la cystotomie, qui s'impose si la sonde à demeure doit être délaissée.

Mastite traumatique chez l'homme.

M. Nicaise lit un travail de **M. Huguet** sur ce sujet. Il s'agit d'un soldat chez qui est survenue une inflammation de la glande mammaire à la suite d'un traumatisme, sans écorchure ni plaie de la région.

Le fait est intéressant, car il met en avant le rôle discuté du traumatisme dans l'étiologie de la mastite. Certains auteurs n'admettent pas la possibilité d'inflammation sans microbes. D'autres auteurs considèrent que l'organisme réagit vis-à-vis des agents traumatiques extérieurs ou des substances aseptiques comme envers les agents septiques.

En tous cas, il semble bien que le traumatisme peut déterminer une mastite aseptique comme il peut déterminer une mastite infectieuse, en favorisant l'entrée des microbes du mamelon dans la glande.

On ne saurait dire, chez le malade qui fait le sujet de l'observation de M. Huguet, si la mastite a été septique ou aseptique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 avril.

Le pouls « anacrote » dans le rétrécissement aortique.

M. Huchard. — Je désire appeler l'attention sur une forme particulière de pouls qui s'observe dans certains rétrécissements aortiques. Je l'ai constaté seulement quatre fois, toujours chez des jeunes sujets et lorsque la sténose orificielle était très prononcée.

Quoique signalé déjà par quelques auteurs (Landois, Eichhorst, etc., etc.), ce pouls — que je désigne sous le nom d'anacrote — est encore peu connu et se présente avec les caractères suivants :

La pulsation radiale semble se faire en deux temps comme si la systole ventriculaire était redoublée. Ce caractère est inscrit sur la ligne d'ascension du tracé qui, au lieu d'être oblique et continue, présente, avant d'atteindre son sommet, une sorte d'encoche assez semblable à celle qui correspond au dicrotisme de la ligne de descente. La manière la plus compréhensible de caractériser ce pouls consiste à dire qu'il est en même temps à dicrotisme ascendant et à dicrotisme descendant.

Les sujets chez lesquels je l'ai constaté présentaient une intégrité presque complète du système artériel; il semble que ce soit là, outre un degré très prononcé de sténose, une condition indispensable à l'apparition de ce pouls.

M. Potain. — Le pouls anacrote ne s'observe pas seulement chez des sujets atteints de rétrécissement aortique; il peut même exister en l'absence de toute espèce de lésion orificielle du cœur. Je crois donc que ce pouls relève uniquement d'une

modification de la tension artérielle et que le cœur reste étranger à sa production. En d'autres termes, ce serait la paroi artérielle trop distendue qui, en se vidant en deux fois, donnerait lieu au double soulèvement qui caractérise le pouls anacrote.

Perforation de la cloison interventriculaire.

M. Potain. — J'ai observé récemment une femme, âgée de 55 ans, mère de trois enfants, ayant joui d'une bonne santé pendant toute son existence, qui présentait, lorsque je l'ai examinée, un souffle cardiaque énorme, superficiel, à tonalité très haute. Ce souffle siégeait au niveau du troisième espace intercostal gauche et se propageait du côté des vaisseaux. En raison des caractères de ce souffle, je crois pouvoir affirmer qu'il existe chez cette femme une communication entre les deux ventricules.

Ce fait est intéressant parce qu'il confirme l'opinion déjà émise par M. Roger, à savoir qu'une lésion congénitale, même importante, comme une communication des deux ventricules, par exemple, peut exister pendant toute la vie sans déterminer de troubles notables.

M. Siredey. — J'ai eu également l'occasion d'observer un jeune homme de 19 ans qui succomba subitement dans mon service et à l'autopsie duquel on trouva un rétrécissement de l'artère pulmonaire, une persistance du trou de Botal et une perforation de la cloison interventriculaire. Or, avant son entrée à l'hôpital, ce jeune homme n'avait jamais présenté aucun trouble de l'appareil circulatoire.

M. Rendu. — Je rappelle, à l'appui de la tolérance parfois très grande de l'économie pour des lésions cardiaques congénitales, que M. Barth nous a montré autrefois le cœur d'une femme qui avait vécu jusqu'à 45 ans sans rien présenter d'extraordinaire et qui n'avait cependant qu'un ventricule.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 27 AVRIL AU 2 MAI 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 27 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Marchand, Tuffier, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Straus, Delbet, Lejars. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Fournier, Rémy, Retterer. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss, Heim. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Reynier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Reclus, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Hayem, Gilles de la Tourette.

Mardi 28 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Mathias-Duval, Rémy, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Cornil, Campenon, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Quénu, Chantemesse. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Raymond, Nélaton. Gley. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Duplay, Polaillon, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Guyon, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin.

Mercredi 29 avril, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Reynier, Lejars, Tuffier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Reclus, Rémy, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Grancher, Ricard, Retterer. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Weiss, André. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Pouchet, Joffroy, Gilles de la Tourette. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Marchand, Walther. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Broca, Varnier.

Jeudi 30 avril, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Guyon, Campenon, Albarran. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Hartmann. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Duplay, Gley, Charrin. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Joffroy, Poirier, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Polaillon, Bar. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Raymond, Achard. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Grancher, Roger, Wurtz. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 1er mai, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Rémy, Walther, Thiéry. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, André, Weiss. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Gariel, Heim, Thoinot. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Delbet, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Reclus, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Straus, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 2 mai, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Polaillon, Quénu, Nélaton. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Rémy, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Joffroy, Marie. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Berger, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Campenon, Albarran. — 5e (2 partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Chantemesse, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 29 avril, à 1 heure. — *M. Brée* : Essai sur les hydatides flottantes (MM. Potain, Tillaux, Delbet, Wurtz). — *M. Naz* : De l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque, et en particulier de certaines formes frustes de cette affection (MM. Tillaux, Potain, Delbet, Wurtz). — *M. Rosenblat* : L'incision du cul-de-sac vaginal postérieur dans les suppurations pelviennes et les hématocèles ; étude critique (MM. Tillaux, Potain, Delbet, Wurtz). — *M. Bodin* : Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines (MM. Fournier, Straus, Gaucher, Netter). — *M. Margouliss* : De l'action diurétique de la théobromine (MM. Straus, Fournier, Gaucher, Netter). — *Mlle Nauplioton* : Sur quelques causes d'arythmie dans le rétrécissement mitral (MM. Straus, Fournier, Gaucher, Netter).

Jeudi 30 avril, à 1 heure. — *M. Lalanne* : Les exhibitionnistes (MM. Bouardel, Dieulafoy, Hutinel, Marie). — *M. Perlat* : Contribution à l'étude des érythèmes infectieux ; des érythèmes érysipélateux (MM. Dieulafroy, Brouardel, Hutinel, Marie). — *M. Gorecki* : Etude sur l'irido-choroïdite de la fièvre récurrente (MM. Panas, Berger, Nélaton, Ménétrier). — *M. Thévenard* : Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine ; signes, diagnostic, traitement (MM. Berger, Panas, Nélaton, Ménétrier). — *M. Boulai* : Etude sur les vaisseaux veineux de la muqueuse pituitaire (MM. Laboulbène, Rémy, Maygrier, Bonnaire). — *M. Rollet* : Symphyséotomie et accouchement prématuré (parallèle historique) (MM. Laboulbène, Rémy, Maygrier, Bonnaire).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

Association générale des médecins de France.

Les 12 et 13 avril, dans le grand amphithéâtre de l'assistance publique, se sont tenues les assises annuelles de cette Association, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, qui a souhaité la bienvenue aux délégués des Sociétés locales et a montré la marche en avant de cette grande fédération médicale. Plus de détails ont été donnés, soit sur la situation financière, soit sur les services déjà rendus, et les bienfaits futurs par M. le docteur Blache qui succède comme trésorier au dévoué et infatigable Brun, décédé l'an dernier, et par M. le Dr Lereboullet, secrétaire général.

L'avoir de l'Association se compose de 1,854,131 fr. 56 ainsi réparti : 94,839 fr. 83 à la caisse des fonds généraux, 1 million 756,274 fr. 73 à la caisse des pensions, 3,020 fr. à la caisse des veuves et orphelins, dont on a, lundi, décidé la création. En outre, les Sociétés locales possèdent 1,175,000 fr. environ. C'est une fortune de plus de 3 millions.

Le capital de 1,756,274 fr. 73 affecté aux pensions est un capital inaliénable, grâce auquel on secourt 91 pensionnaires. Au début, cette pension n'était que de 300 fr. ; puis elle s'est élevée à 600 fr. pour 58 pensionnaires, à 800 fr. pour 22. Bientôt l'on atteindra le chiffre de 1,000 fr., plus tard celui de 1,200 fr.

Une anomalie choquante, et qu'un des délégués de la Gironde, M. Lassalle, trouve même injuste et immorale, c'est le taux de 600 fr. pour la pension des plus vieux sociétaires, en regard de

celui de 800 fr. pour les plus récemment entrés dans l'Association; et notre confrère a énergiquement soutenu la nécessité d'unifier les pensions. Mais sa motion n'a pas été adoptée. MM. Blache et Lereboullet ont démontré que, pour arriver à cette unification, il faudrait immobiliser un capital nouveau de 120,000 fr. Où le prendrait-on, tous les fonds ayant actuellement une affectation déterminée? Et voici ce que, sur la proposition de ces messieurs, l'assemblée a adopté: Toutes les Sociétés locales qui veulent élever de 600 à 800 fr. la pension de leurs collègues, voteront 100 fr. par an, et le Conseil général votera pareille somme; si même la Société est trop pauvre, le conseil votera seul les 200 fr. nécessaires à cette augmentation.

Mais voici que l'assemblée générale adopte à son tour la création d'une caisse spéciale de secours pour les veuves et les orphelins. Le conseil général croit répondre ainsi à une nécessité pressante, et il espère que la sollicitude des médecins riches sera appelée sur cette œuvre nouvelle destinée à secourir des misères encore plus touchantes et plus imméritées que celles des médecins eux-mêmes. Et cependant, quand on lit le tableau de ces misères fait par M. le professeur agrégé Regnier, on ne peut se défendre d'une poignante émotion. Des confrères qui ont exercé la médecine d'assistance, qui se sont dévoués à leurs malades, arrivent à 70 ans, à 85 ans même, sans la moindre ressource, accablés d'infirmités qui les rendent incapables de tout travail, ayant à leur charge femmes et enfants.

C'est là le rôle utilitaire et louable de notre grande fédération, et s'il était connu de tous les jeunes médecins, il les attirerait dans nos rangs.

Le gain, sous ce rapport, n'est que de 450 adhérents par an; il devrait être doublé. Les œuvres anciennes et nouvelles de l'Association exigent, en effet, beaucoup d'argent. Aussi, le conseil général a-t-il, à deux reprises, consulté les Sociétés locales pour obtenir l'élévation, de 12 à 20 fr., soit du droit d'entrée. soit de la cotisation annuelle. Pour cette dernière, l'obstacle est, dans ce fait, que les sociétaires sont entrés aux conditions de 12 fr. à payer chaque année; leur en demander 20 aujourd'hui, ce serait s'exposer à leur démission, ce serait aussi enrayer le mouvement d'entrée de sociétaires nouveaux.

Quant à l'élévation du droit d'entrée, elle est plus rationnelle. Les médecins qui entreront demain dans une Société locale déjà riche peuvent jouir, au bout de dix ans, des avantages que les sommes versées depuis vingt et trente ans par leurs anciens sont capables de leur assurer. Les 20 fr. qu'ils vont verser représentent peut-être 150 ou 250 fr. versés par tel ou tel de ces anciens.

Cette augmentation du droit d'entrée a été votée; mais la question de l'augmentation de la cotisation reste ouverte.

C'est M. A.-J. Martin qui a fait le rapport sur les vœux des Sociétés locales. Parmi ceux-là, l'assemblée a adopté le vœu de la Société de la Seine-Inférieure, qui demande: 1° que toutes les places de médecins et de chirurgiens dans les hôpitaux soient données au concours; 2° que les places de médecins et chirurgiens titulaires soient données sans contestation possible aux adjoints, et suivant l'ordre de leur nomination.

Un autre vœu est relatif à la déclaration des cas de maladies contagieuses que la nouvelle loi sur la protection de la santé publique va faire retomber, non seulement sur le médecin traitant, mais encore sur les chefs de famille, maîtres d'hôtels, etc. Les Sociétés locales vont être appelées, après le vote des conclusions du Dr A.-J. Martin, sur la manière dont ces déclarations devront être faites et sur le mode d'application des mesures d'hygiène à prendre à la suite des ces déclarations.

Cette enquête, faite dans toute la France, éclairera le gouvernement pour la confection du règlement d'application de la loi sur la protection de la santé publique dont le vote est prochain.

Tel est à peu près le bilan des deux grandes assemblées de l'Association générale des médecins de France, dont on trouvera le détail dans l'Annuaire de 1895.

Il faut ajouter qu'au banquet donné à l'hôtel Continental, M. le doyen Brouardel remplaçant le professeur Lannelongue empêché par un deuil de famille auquel nous nous associons, a porté un toast aux délégués qui ont eu un digne interprète dans la personne de M. Hameau, président le l'Association de la Gironde. M. Motet. a bu à la santé du conseil judiciaire et administratif au nom duquel M. G. Masson a répondu.

Le conseil général a été complété par la nomination de MM. Hameau, vice-président; Blache, trésorier général; Philbert, secrétaire; Bergeron. Durand-Fardel, Hallopeau, Leroux, A.-J. Martin, Worms, Londe, Thibierge, membres.

La seule ombre à ce tableau, c'est le retrait de l'Association du Rhône de l'Association générale. Elle était fatiguée de contribuer par une allocation de 350 francs aux frais généraux de l'œuvre, d'aider ainsi les Sociétés locales pauvres à secourir leurs membres vieux ou malades, les veuves et les orphelins de la profession. Ne profitant pas elle-même de ces subventions de la Caisse centrale, elle se désintéresse du bien qu'elle faisait jusqu'ici aux autres.

Après avoir lu les lettres échangées entre le conseil général et le président de l'Association du Rhône, l'assemblée n'a pu que constater cette séparation qui est un coup regrettable porté à la cause de la solidarité confraternelle.

C'est aux 97 Sociétés restantes de se grouper plus intimement autour du drapeau.

Dr C. Delvaille.

Lundi matin, une trentaine de confrères avaient répondu à l'invitation de M. A.-J. Martin, qui leur a fait, à la station des étuves municipales de la rue des Récollets, une bien intéressante leçon de choses sur le service de la désinfection qu'il dirige avec tant de compétence. Il a été vivement remercié par ses auditeurs.

FACULTÉ DE PARIS

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Duplay a repris son cours de clinique chirurgicale, le mardi 21 avril 1896, à 9 heures 1/2, et il le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Enseignement complémentaire, — M. Cazin, chef de clinique, dirigera des exercices de clinique chirurgicale le vendredi, à 5 heures 1/2, et M. Clado, chef de travaux gynécologiques, fera des conférences de gynécologie le lundi et le mercredi, à 5 heures.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine de Caen.

Un concours s'ouvrira, le 9 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Caen.

Ecole de médecine de Rouen.

M. le docteur Pellcrin est nommé chef de clinique obstétricale.

HOPITAUX DE PARIS

Les réformes hospitalières.

Samedi dernier est venu en discussion devant le Conseil municipal le rapport présenté par M. Emile Dubois sur ce sujet. Les diverses résolutions inscrites dans ce rapport ont été adoptées par le conseil.

Hôpital Saint-Louis.

M. le professeur Alfred Fournier a repris le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 24 avril 1896, à 10 heures, et il le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

M. J. Darier (suppléant M. E. Besnier) a repris ses leçons de clinique dermatologique et ses conférences d'anatomie patholo-

gique de la peau le jeudi 23 avril 1896, à 10 heures, au laboratoire Alibert, et les continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Souques, 17; Nageotte, 15; Michel, 14; Macaigne, 16; Plicque, 17; de Saint-Germain, 15; Létienne, 15.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Clado, 16; Arrou, 18; Lyot, 19; Cazin, 12; Rieffet, 13; Delbet, 13; Regnauld, 13; Peraire, 12; Demars, 13.

Concours d'accouchement.

Le jury est provisoirement composé de MM. de Saint-Germain, Porak, Bouilly, Tarnier, Doléris, Lannelongue, Muselier.

NOTES POUR L'INTERNAT

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

(Suite et fin.)

VII. Terminaison.

1° **Résolution** (Rare).

2° **Passage à l'état chronique,** avec:

Hydarthrose persistante;

Rétractions tendineuses;

Atrophies musculaires permanentes.

Le tout aboutissant à :

Ankylose de plus en plus serrée, fréquente, très tenace, survenant rapidement au bout de quelques semaines.

Aux extrémités, les déformations prédominent.

Dactylite blennorrhagique spéciale avec doigt fusiforme.

VIII. Pronostic :

Sérieux parce que :

1° Les fonctions du membre sont souvent compromises;

2° Douleurs arthralgiques persistantes sont préquentes, ainsi que synovites chroniques;

3° Récidives fréquentes : une première atteinte de rhumatisme blennorrhagique prédispose à de nouvelles attaques s'il survient une nouvelle blennorrhagie.

Pronostic est cependant variable puisque de la simple arthralgie à la pyohémie mortelle, tous les degrés sont possibles.

IX. Diagnostic différentiel.

1° *Rhumatisme articulaire proprement dit;*

2° *Arthrite traumatique;*

3° *Arthrite fongueuse;*

Arthrite blennorrhagique peut se transformer en tumeur blanche; elle a préparé le terrain pour bacille de Koch.

4° *Syphilis articulaire;*

5° *Hydarthrose,* et surtout hydarthrose pério-aiguë et intermittente de Panas;

6° *Arthrite infectieuse purulente :* N'est qu'un abcès articulaire de la pyohémie;

7° *Arthropathies nerveuses :* Des hystériques;

8° *Pseudo-rhumatismes infectieux de : variole, scarlatine, rougeole, érysipèle, oreillons, diphtérie, pneumonie, méningite cérébro-spinale, dysenterie, typhoïde puerpérale, érythème polymorphe, morve, charbon, impaludisme, choléra, abcès chronique des voies génito-urinaires.*

X. Traitement.

A. Général :

Salicylate de sodium n'est pas toujours efficace.

Antipyrine, sels de quinine opiacés, surtout comme calmants.

B. Local :

1° Hydarthrose blennorrhagique :

Vésicatoires répétés, compression, teinture d'iode, ponction aspiratrice, antisepsie ensuite.

2° Arthrite plastique ankylosante :

a) Immobilisation dans une bonne position pendant la phase aiguë.

b) Mobiliser méthodiquement l'article dès que les douleurs ont disparu et que la tuméfaction est moindre.

3° Pyarthrite :

Si mono- ou oligo-articulaire : *arthrotomie* antiseptique.

Si poly-articulaire : tout traitement paraît inutile.

N. B. — Très souvent, malgré le traitement, l'ankylose est inévitable.

Manifestations extra-articulaires ou abarticulaires.

1° **Synovites blennorrhagiques :**

Localisations du pseudo-rhumatisme blennorrhagique sur les synoviales tendineuses des :

Péroniers.

Muscles jambiers.

Extenseurs des doigts, des orteils.

2° **Hygromas blennorrhagiques :**

Inflammation des bourses séreuses :

Rétro-calcanéenne, trochantérienne, sous-calcanéenne, ischiatique, prérotulienne, acromiale.

3° **Périostites blennorrhagiques :**

Périostite épiphysaire fréquente, plus qu'on ne croit.

Guérit sans laisser de déformation (Besnier), parfois détermine la formation de périostoses.

4° **Manifestations musculaires blennorrhagiques :**

Myalgies.

Myosites des muscles de :

Masse sacro-lombaire (lombago).

Grand pectoral.

Deltoïde.

M. cardiaque (myocardite).

Torticolis.

Atrophies musculaires pouvant exister en dehors du rhumatisme blennorrhagique et dues à une névralgie ou myélite blennorrhagique.

5° **Manifestations nerveuses de la blennorrhagie :**

1° Sciatique blennorrhagique, souvent double, récidivante;

2° Myélites blennorrhagiques avec paraplégie (Hayem, Parmentier).

3° Accidents cérébraux ont été signalés (Ricord).

4° Névrite optique (1 cas) résultant d'une méningite de la base (Panas).

6° **Manifestations oculaires:**

Ophtalmie blennorrhagique, rhumatismale, non contagieuse.

Conjonctivite.

Iritis séreuse.

Descemétite.

N. B. — N'ont rien de commun avec ophtalmie purulente due au contact du pus blennorrhagique (inoculation).

7° **Séreuses non articulaires :**

Endocardites (ordinairement mitrales) simples et légères ou ulcéreuses et très graves.

Péricardite.

Pleurésie (Ricord, G. Sée).

8° **Phlébite blennorrhagique** (Vidrat) :

Rare. Siège aux membres inférieurs.

9° **Erythèmes polymorphes** (Ballet) :

Scarlatiniforme, rubéoliforme, noueux, papuleux.

10° **Purpura blennorrhagique** (Mathieu, Bourcy).

11° **Miliaire blennorrhagique.**

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 18 2 Mai 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**
Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Émery, interne du service.
(*Suite.*)

Mais ce n'est pas avec le chancre simple que s'agite le plus souvent la question du diagnostic différentiel de l'herpès; c'est avec le chancre syphilitique. C'est le chancre syphilitique que l'herpès peut surtout simuler: c'est de lui qu'il faut surtout le différencier.

Inutile, n'est-ce pas? de faire ici la preuve de la proposition que je viens d'émettre. Cette preuve ressort de l'expérience courante, de l'observation journalière. Que de fois chacun de nous n'a-t-il pas eu à se débattre avec cette difficulté d'un diagnostic à établir entre le chancre syphilitique et l'herpès! Qui de nous n'a entendu bien des fois des malades nous raconter qu'au début de leur syphilis on a pris leur chancre pour un herpès? Ou bien, inversement, que de fois n'avons-nous pas vu, ici ou ailleurs, de simples herpès être taxés de chancres syphilitiques et traités comme tels!

Le diagnostic différentiel du chancre syphilitique et de l'herpès est donc un de ces problèmes qui se présentent, qui s'imposent à tout moment dans la pratique, dans la pratique de ville comme dans la pratique d'hôpital, et dont tout médecin est tenu de connaître à fond les éléments.

Attachons-nous donc à l'étude de ce problème avec tout le soin qu'il mérite, et voyons sur quelles bases repose ce diagnostic.

Je commencerai par vous répéter ce que je vous disais à l'instant à propos du chancre simple. Quand nous parlons de différencier par des considérations cliniques motivées le chancre syphilitique et l'herpès, nous n'avons certes pas en vue les deux types purs de ces lésions, car entre ces deux types il existe de telles dissemblances à tous égards qu'une comparaison serait impossible de l'un à l'autre. Il n'y aurait que les aveugles pour s'y tromper. Certes, pour prendre une comparaison, il n'est pas plus de risques pour confondre l'herpès type avec le chancre simple type qu'il n'y en a pour confondre, je suppose, une rose et un œillet.

Ce que nous songeons seulement à mettre en parallèle dans l'étude qui va suivre, c'est l'herpès et le chancre assez atténués tous deux de caractères pour se rapprocher objectivement par des analogies irrécusables; ce que nous nous proposons seulement de mettre en parallèle, c'est :

D'une part, le chancre syphilitique naissant ou jeune; encore petit par conséquent; simplement érosif, superficiel; à base non encore doublée d'une induration caractéristique; à bubon encore peu significatif;

Et, d'autre part, l'herpès érosif, formant par coalescence une érosion lenticulaire plus large, rougeâtre; présentant, comme cela est possible, une base quelque peu engorgée; rénitente; éveillant un certain degré de retentissement sur les ganglions;

C'est, en un mot, d'une part, l'herpès chancriforme, comme on l'a appelé, et non sans raison;

D'autre part, le chancre herpétiforme, variété qui ne laisse pas d'être assez commune.

Oh alors! oui, cent fois oui, dans ces conditions, l'herpès et le chancre simple peuvent se ressembler assez pour tenir en arrêt les plus experts et pour donner lieu à des erreurs diagnostiques plus que faciles à commettre.

Il y a plus, messieurs, c'est qu'en certains cas donnés l'herpès et le chancre simple naissant se ressemblent assez à tous égards pour qu'il soit non plus difficile, mais impossible, de formuler un diagnostic différentiel, du moins immédiat.

C'est ce que répétait incessamment M. Ricord dans ses cliniques; c'est ce que j'ai voulu vous rendre évident d'une façon saisissante, matérielle, en mettant en regard, côte à côte, les deux types que je vous présente ici sur cette pièce.

L'un de ces types est un herpès, un herpès simple (j'en

ai en la preuve, la malade étant restée à l'hôpital assez longtemps pour que nous ayons pu constater sur elle l'absence évidente de toute syphilis);

L'autre est un chancre, chancre qui a été suivi sous nos yeux, dans le délai voulu, des accidents secondaires usuels.

Eh bien, voyez, messieurs, et jugez. Pouvez-vous distinguer le chancre de l'herpès, ou réciproquement? Et croyez-vous que si vous présentiez cette pièce (si fidèle comme reproduction) au plus habile syphiliographe de la terre, vous obtiendriez de lui un diagnostic formel; croyez-vous qu'il vous répondrait : voici l'herpès, et voilà le chancre? Non. Ce qu'il vous répondrait, c'est à quoi M. Ricord m'engageait toujours à répondre, à avoir le courage de répondre en pareil cas : « Je ne sais pas; je n'ai pas d'éléments diagnostiques pour me prononcer; donnez-moi 3, 4, 5 jours de délai; l'évolution m'éclairera; mais pour l'instant, il faut ne rien dire et attendre. »

Voilà, messieurs, ce que ne savent pas, ce que n'ont pas le courage de dire, en pareil cas, les gens non habitués à ce genre de difficultés insurmontables : et voilà ce qu'apprend dans l'espèce l'autorité en semblable matière, l'expérience de cas semblables : savoir douter, savoir ne pas savoir : différer un diagnostic immédiatement impossible, et attendre.

Mais réserve faite pour ce double ordre de cas, que je qualifierai de cas difficiles ou de cas impossibles, le diagnostic différentiel de l'herpès et du chancre peut, en général, être établi sur des bases à peu près certaines, d'après des considérations diverses.

Ainsi, il est évident qu'en certains cas le diagnostic différentiel pourra tirer un utile profit de certains signes d'ordre secondaire et éventuel. L'herpès, par exemple, sera quelquefois attesté et par le prurit prodromique, et par la multiplicité des lésions, et par leur ténuité ou tout au moins la ténuité de quelques-unes d'entre elles, et par leur superficialité excessive. De même encore il se traduira parfois par ses vésicules aberrantes.

Mais qui ne voit que ce sont là tous signes soit éventuels, soit de valeur restreinte? Les vésicules aberrantes, par exemple, ne constituent qu'une coïncidence rare sur laquelle il n'est guère à compter. L'ardeur locale du début n'est qu'un phénomène subjectif qui ne saurait avoir grande signification. Quant à la ténuité, la superficialité des lésions, etc., ce ne sont là que des nuances en plus ou moins, d'appréciation plus que délicate et forcément incertaine. N'est-il pas quelquefois des chancres tout petits et tout à fait érosifs, presque simplement desquamatifs?

Il n'est donc pas à faire fond sur de tels signes, et les éléments d'un diagnostic sérieux doivent être cherchés ailleurs. Ces éléments, nous les trouvons dans les trois considérations que voici :

1° Avec le chancre syphilitique, adénopathie constante et d'un ordre spécial : adénopathie à ganglions généralement multiples, durs, indolents, aphlegmasiques :

Avec l'herpès, pas de retentissement ganglionnaire.

2° Avec le chancre, base rénitente à des degrés divers et sous des formes diverses (3 types) : induration dite foliacée, induration parcheminée, induration profonde ou nodulaire;

Avec l'herpès, base souple.

3° Avec l'herpès, contour sinueux et souvent polycyclique; — tout au moins, constatation fréquente d'un ou de quelques segments de petits cercles sur le contour de la lésion.

Rien de semblable avec le chancre.

S'ils étaient absolus, ces trois signes différentiels seraient parfaits, et, grâce à eux, le diagnostic que nous étudions reposerait sur les bases les plus simples non moins que les plus décisives. Malheureusement, il n'en est pas ainsi.

Ainsi, les deux premiers (vous le savez déjà) sont sujets à caution, et cela parce que l'induration n'est pas le privilège exclusif du chancre, parce que le chancre n'est pas seul à retentir sur les ganglions. Nous avons vu qu'il est des herpès dont la base peut se doubler d'une certaine rénitence foliacée ou même parcheminée; nous avons vu qu'il est des herpès qui déterminent une adénopathie plus ou moins analogue au bubon satellite du chancre dans sa période initiale. En sorte qu'il n'est à se fier absolument ni à la rénitence de base ni à l'adénopathie pour diagnostiquer le chancre, à l'exclusion de l'herpès. L'un et l'autre de ces deux signes sont parfois matière à confusion.

Il n'en est pas de même du troisième. La constatation formelle d'un contour microcyclique ou même d'un seul petit segment de circonférence sur le contour d'une lésion douteuse est décisive en faveur de l'herpès, à l'exclusion du chancre. Et cela tout naturellement parce qu'elle est le vestige d'une lésion composite, formée par la réunion de plusieurs petites lésions originaires, tandis que, issu d'une lésion unique, le chancre n'a pas de raison pour avoir un bord composite. Mais il est nombre d'herpès qui, pour une raison ou pour une autre, ne présentent pas ou ne présentent plus à une certaine période de contour microcyclique. En sorte que ce signe ne peut être exploité que dans un nombre de cas restreint. Bref, c'est là un signe excellent quand il existe : mais il s'en faut qu'il existe toujours : souvent même il est déficient.

Ce qui n'empêche qu'en général, c'est grâce à tel ou tel de ces trois signes et surtout aussi grâce à leur ensemble que l'on parvient à établir le diagnostic différentiel de l'herpès et du chancre syphilitique. C'est là, n'en doutez pas, la base même de ce diagnostic.

Cependant, que si d'emblée ce diagnostic reste impossible, l'évolution prochaine des accidents ne tarde guère en général à le déterminer.

Sauf exceptions rares, en effet, l'herpès est une lésion à limitation immédiate, à réparation hâtive, à cicatrisation rapide : tandis que le chancre se limite, se répare et se cicatrise à échéance notablement plus espacée.

Finalement, à supposer (ce qui n'est plus qu'une exception, mais une exception qui ne laisse pas de s'imposer de temps à autre en pratique, et j'en pourrais citer pour ma seule part plusieurs cas), à supposer, dirais-je, que le diagnostic n'ait pu être fixé ni par le caractère actuel des lésions, ni même par leur évolution, reste un dernier critérium, et celui-ci décisif par excellence : c'est l'apparition ou la non-apparition des accidents secondaires vers la 7e semaine approximativement, selon que la lésion, restée indécise, a été un chancre ou n'a été qu'un herpès.

Signalons encore, avant de quitter ce sujet, une cause d'erreur à éviter, et celle-ci insidieuse par excellence,

constituant un véritable piège auquel il n'est que trop facile de se laisser prendre.

Cette cause d'erreur, c'est la coexistence possible de l'herpès et du chancre, coexistence plus fréquente qu'on ne le suppose, comme je vous l'ai déjà dit précédemment.

Et alors, deux méprises sont possibles : on bien on reconnaît le chancre, mais on laisse passer l'herpès inaperçu ; ou bien on diagnostique herpès sans voir le chancre.

De ces deux méprises, la première ne porte pas à conséquence ; n'en parlons pas. Mais la seconde constitue pour le malade et le médecin une grosse déception. On avait promis au malade qu'il en serait quitte pour la peur, qu'il n'avait qu'un herpès, et le voilà en pleine syphilis, de par un chancre qu'il n'a pas su reconnaître. Jugez de la situation faite au médecin.

Il va sans dire qu'il n'est qu'une seule façon de se tenir en garde contre l'erreur de cet ordre : c'est, étant donné un ensemble de lésions, d'examiner une à une chacune de ces lésions, et de s'efforcer, pour chacune, d'en bien spécifier le caractère. Trop souvent on se laisse aller, ayant eu la chance de reconnaître formellement l'herpès sur tel élément isolé de l'ensemble éruptif, à préjuger que toutes les lésions doivent être herpétiques parce que telle et telle le sont certainement. Et à côté d'herpès indéniables, on ne voit pas le chancre, on le laisse passer inaperçu. Je le répète, un examen intégral, une revue de toutes les lésions, est indispensable en l'espèce pour un diagnostic complet.

Venons à l'herpès buccal.

Vous connaissez déjà, par ce qui précède, la grosse difficulté qui se rattache à cette localisation spéciale de l'herpès. Elle consiste en ceci : différencier cet herpès, chez les sujets syphilitiques, des syphilides érosives.

Je vous rappelle, en effet, que cet herpès, le plus communément, se produit chez les sujets syphilitiques et à la suite de la syphilis secondaire ; qu'il succède aux plaques muqueuses buccales, qu'il s'y substitue en quelque sorte (sans les exclure, bien entendu). Je vous rappelle aussi qu'il a un siège de prédilection par excellence, à savoir sur la langue et les bords latéraux de la langue plus spécialement ; et, enfin, qu'il est sujet, comme l'herpès génital, à de multiples et désolantes récidives. Or, de par ses caractères usuels, il est plus que facile de le confondre avec les syphilides érosives du même siège. Comment l'en distinguer ?

Certes, la multiplicité des récidives et l'impuissance du traitement spécifique à les réprimer sont des témoignages presque significatifs en faveur de l'herpès. Mais notez, d'abord, que ce sont là des témoignages tardifs, qui n'éclairent le diagnostic qu'à la longue, à lointaine échéance ; notez, de plus, qu'ils n'ont rien de rigoureusement absolu, car la syphilis, elle aussi, est sujette à récidive et n'obéit pas toujours au traitement.

Sans doute aussi, l'herpès se distingue de la plaque muqueuse en ce qu'il est plus douloureux, plus agaçant, plus éréthique. Mais c'est là un bien petit signe, dont on ne s'est permis de tirer qu'une simple présomption.

En sorte que, tout compte fait, c'est aux signes objectifs qu'il faut en venir pour déterminer le diagnostic. Qu'avons-nous à en attendre ?

La ténuité de l'érosion herpétique a bien sa valeur. Mais il peut y avoir de grands herpès et les syphilides peuvent être très réduites de volume.

L'herpès se dénonce souvent par son aspect de petite plaque opaline, lactescente, voire laiteuse. Mais certaines syphilides linguales ont aussi l'apparence pseudo-membraneuse, diphtéroïde.

En sorte que ces deux signes laissent place à l'erreur.

En revanche, il n'en est pas de même des trois suivants qui sont beaucoup plus décisifs, et sur lesquels j'appelle toute votre attention.

1° Collerette ou vestiges de collerette épithéliale servant de cadre à la lésion. Lorsqu'une érosion linguale se présente encadrée ou incomplètement bordée sur ses bords par une frange épithéliale blanche, on est presque autorisé, *ipso facto*, à en affirmer le caractère herpétique, à l'exclusion de la syphilis. Pourquoi ? Parce que cette collerette ou ce lambeau de collerette est un témoignage du processus vésiculeux qui a servi d'origine à la lésion ; c'est le débris même de la vésiculation initiale. Or, des deux lésions en parallèle, c'est l'herpès qui débute par un processus vésiculeux, tandis que la plaque muqueuse ne dérive jamais d'une vésicule. Pour elle, une collerette épithéliale n'aurait pas sa raison d'être. Jamais, en effet, elle ne se présente sous cet aspect. Voilà donc enfin un bon signe différentiel entre les deux lésions.

2° Meilleur encore est le suivant que déjà vous connaissez, à savoir : contour microcyclique de la lésion.

C'est là le signe par excellence de l'herpès, le signe auquel il faut toujours revenir, parce qu'il est en quelque sorte constitutif de l'herpès. Recherchez donc si l'érosion en litige présente à sa circonférence quelques petits segments de cercle, et si vous en trouvez, ne serait-ce qu'un seul, affirmez l'herpès, à l'exclusion de la plaque muqueuse qui n'a pas plus de raison pour se présenter avec le graphique spécial de contour qu'elle n'en avait tout à l'heure pour être bordée d'une collerette épithéliale.

Malheureusement, ce signe, ainsi que le précédent, est loin de se rencontrer dans tous les cas. L'un et l'autre peuvent faire défaut, et force est alors, faute d'éléments décisifs, de laisser le diagnostic en suspens. Cela n'est que trop souvent le cas en l'espèce. Mais, patience ; sachez attendre, car les accidents en question sont, par excellence, sujets à récidive ; et si telle poussée vous laisse indécis, par défaut de vigueur, sur le caractère des lésions, telle autre ne manquera guère, de par quelqu'une des particularités séméiologiques que je viens de vous signaler, de fixer enfin votre diagnostic.

PRONOSTIC

Ce que je vous ai dit de l'herpès et de ses diverses formes dans les chapitres précédents me permettra d'être court relativement au pronostic.

Il est manifeste que ce pronostic est essentiellement variable, variable du tout au tout, suivant l'espèce d'herpès qui se trouve en cause. Ainsi :

Tantôt, et c'est l'ordre le plus habituel, l'herpès ne comporte aucune gravité.

Tel est l'herpès accidentel.

Discret, c'est une lésion insignifiante.

Confluent, et même confluent dans des proportions

excessives, il ne dépasse pas les conditions d'une lésion toute locale, destinée à guérir rapidement et ne comportant, en somme, aucune gravité.

Tantôt, au contraire, expression d'une diathèse, d'une disposition antérieure, l'herpès devient une affection qui, sans présenter plus d'importance que dans le cas précédent, ne laisse pas d'être singulièrement vexatoire et importune par ses récidives perpétuelles et par son caractère de lésion essentiellement rebelle. L'herpès génital, notamment, est une affection qui tourmente et chagrine à un haut degré les malades. Comme me le disait un de mes clients, l'herpès génital à récidives, c'est une série de piqûres d'épingle qui deviennent bien plus intolérables qu'une bonne maladie.

Sans parler encore des dangers de contagion auxquels expose cet état continu d'excoriation ou de cicatrice fragile des organes génitaux;

Sans parler des soupçons désobligeants auxquels expose, dans la vie du monde, dans la vie conjugale, cette affection interminable, sans cesse renaissante ;

Sans parler enfin du retentissement qu'elle peut exercer sur le moral et, par l'intermédiaire du moral, sur toute l'économie,

(A suivre.)

A L'ÉTRANGER

Traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Le traitement palliatif de l'hypertrophie de la prostate employé jusqu'ici a donné de bons résultats, mais malheureusement ces résultats sont passagers. C'est pourquoi, depuis longtemps, on a cherché à trouver un traitement radical de cette affection.

On s'est attaqué tout d'abord à la cause même du mal, à la prostate, et on a cherché à la modifier par des injections de teinture d'iode (Heine), par l'action des courants continus (Tripier, Moreau-Wolff, Battini, Neumann), ou au moyen de sécateurs introduits dans l'urèthre (Maisonneuve, Civiale).

Les plus beaux résultats qu'ait donnés l'intervention directe sont ceux qu'on obtient par la prostatectomie.

Dittel (*Pr. klin. Woch.*) a insisté beaucoup sur les avantages de la « prostatectomie latérale ».

Nienhaus (*Ther. Woch.*, janv. 96) rapporte 11 cas de prostatectomies : parmi ces 11, 3 sont morts, un d'infection urinaire 2 ans après l'opération, 2 à la suite de récidive de carcinose ; 6 sont complètement guéris, 2 conservent des fistules.

Fenwick (*British med. Journ.*, 1896, 8) conseille la prostatectomie par la taille hypogastrique quand la glande présente une tumeur unique, dure, dans le lobe médian ou dans un lobe latéral.

Tuffier a obtenu ainsi quelques brillants succès. Malgré cela la prostatectomie reste grave. Guyon, Nicolle font, de plus, remarquer qu'elle ne peut pas toujours donner une guérison radicale, car elle agit sur l'obstacle mécanique et ne peut rien contre les lésions rénales, vésicales, déjà existantes. Poncet et Lagoutte insistent sur ses dangers et lui préfèrent la cystostomie.

Engagé par les comparaisons que Velpeau et Thompson avaient établies entre l'hypertrophie de la prostate et les fibromes utérins, Bier proposa la ligature de l'iliaque intérieure et dans trois cas il obtint des résultats satisfaisants.

C'est Lannois qui, ayant découvert les rapports entre l'atrophie des testicules et l'atrophie concomitante des vésicules séminales et de la prostate, pensa que la castration double pourrait amener l'atrophie de la prostate (1885). Les choses en restèrent là et ce n'est que neuf ans plus tard que White à Philadelphie et Rome à Christiania appliquèrent cette méthode de traitement. Les résultats furent bons : dans une statistique de 48 cas, la mortalité a été de 8.5 0/0; il s'agissait cependant d'hommes ayant de 60 à 83 ans, avec de graves troubles de la miction, cystite concomitante. On s'explique difficilement les mauvais résultats de Fould qui eut cinq morts sur six opérés, quand on les compare aux précédents.

Souvent, après la castration, on voit des malades qui antrefois avaient des douleurs très vives, ne pouvaient uriner sans sonde et devaient se sonder toutes les deux heures, ne plus souffrir et n'avoir plus recours au cathétérisme. Ces résultats se montrent parfois dès le deuxième jour après l'opération. Parfois ils mettent plusieurs semaines à se produire; parfois, enfin, ils ne se produisent pas du tout. D'une façon générale, les résultats sont plus ou moins lents dans les cas de prostate grosse, molle, élastique; tandis que les glandes plus dures, plus fermes, dans lesquelles la congestion joue un rôle réel (Guyon, Tuffier), diminuent plus rapidement de volume.

Un des signes les plus nets de la diminution de volume de la glande est le cathétérisme redevenu possible; il est évident que là où la vessie a perdu toute sa tonicité, le cathétérisme reste nécessaire, mais comme il peut se faire plus facilement et plus régulièrement, l'infection vésicale sera plus facilement évitée ou combattue si elle existe.

C'est, en somme, une opération peu grave que des vieillards, atteints de troubles de l'appareil respiratoire, supportent parfaitement, avec la simple anesthésie locale (Bryson).

Parfois, cependant, on observe des troubles nerveux que Fould a signalés ; Voillemier, déjà en 1870, au Congrès français de chirurgie, a montré qu'après la castration, des vieillards tombent parfois dans un état de mélancolie grave et meurent sans qu'on puisse donner de leur mort une raison suffisante.

Mais le plus grand obstacle à la castration vient du malade lui-même, qui se résigne difficilement à faire le sacrifice de ses testicules. De plus, peut-on lui assurer qu'à ce prix il obtiendra la guérison ?

Non, car la prostate n'est pas seule en cause : la vessie peut être plus ou moins dégénérée. On ne fera donc pas la castration quand, par suite de nombreuses et graves complications, toute *restitutio ad integrum* est impossible. On ne la fera pas non plus dès le début de la maladie. Guyon a montré, en effet, que des malades, après une crise de rétention complète par hypertrophie prostatique, pouvaient, par le simple traitement hygiénique, rester pendant quinze, vingt ans, indemnes de tout trouble vésical.

Launois, dans ses expériences sur les animaux, avait cru remarquer qu'à un testicule correspondait un lobe prostatique. Cette idée, acceptée par White, vivement combattue par Fermich, a conduit plusieurs opérateurs à faire la castration unilatérale pour hypertrophie de la prostate.

Watson cite un cas, Remondino deux, Wagner un, où l'on aurait eu de bons résultats, mais ces faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur du procédé.

Dans le but d'éviter la castration qui est souvent énergiquement repoussée par le malade, on a cherché à provoquer l'atrophie du testicule d'une façon indirecte.

Harrison, le premier, publia un succès obtenu par la section et la ligature des canaux déférents ; Francis Haynes, au contraire, agissant de même, n'eut pas de résultats satisfaisants. Guyon et Leguen, opérant sur des chiens, ont trouvé, cinq mois après la ligature des canaux déférents, la prostate diminuée des deux tiers.

Dans un cas, ils n'observèrent pas de diminution de volume, mais l'examen histologique fit voir un épaississement du tissu conjonctif interstitiel, entre les lobes de la glande. Dans un autre cas, Guyon ne vit pas survenir d'atrophie de la prostate, mais le cathétérisme devint beaucoup plus facile après l'opération. La

ligature, suivie de résection de plusieurs centimètres du canal déférent, paraît être plus sûre que la simple ligature.

On peut aussi lier ou pincer les vaisseaux du cordon. Mac Nunn amena l'atrophie des testicules par la ligature des artères spermatiques. Chez les moutons, la torsion des vaisseaux, comme le font les vétérinaires, amène l'atrophie des testicules et de la prostate. Richmond a proposé cette opération qui, dit-il, est non sanglante et sans danger. Mac Nunn a pratiqué la ligature en masse du cordon et a obtenu l'atrophie des testicules et de la prostate; mais comme le fait remarquer Alexandri, il n'est pas du tout nécessaire de lier ainsi tout le cordon. On aurait eu également quelques succès par la résection des nerfs du cordon, mais c'est une opération très délicate : il faut aller chercher les nerfs très haut, près de l'orifice externe du canal inguinal. Enfin des injections ont été faites dans le parenchyme testiculaire dans le but d'amener l'atrophie de cette glande. Mac Cully injecta pendant deux mois, deux fois par semaine, une solution de cocaïne; au bout de six semaines les spermatozoïdes n'existaient plus dans le liquide testiculaire, les malades étaient délivrés de leur hypertrophie, tout en conservant la faculté de coïter. Dans deux cas, les résultats auraient été excellents.

Citons, en terminant, les essais qui ont été faits récemment par l'administration de prostate à l'intérieur. Reinert, au dernier Congrès de Munich, a présenté plusieurs observations de cas, où il aurait obtenu ainsi des résultats, mais ces cas sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse les juger.

De cet ensemble de faits que nous venons d'étudier, on peut conclure que les résultats de la castration double semblent être très satisfaisants au point de vue fonctionnel : on peut en dire autant des autres procédés qui, d'une façon plus ou moins rapide, amènent l'atrophie de la glande sexuelle mâle.

On peut toujours cependant se demander si le rapport vital qui existe entre la glande génitale et la prostate est encore actif, c'est-à-dire, si l'ablation d'un testicule qui, par suite de l'âge, a absolument perdu toute valeur fonctionnelle, peut influencer la prostate (Kornfeld).

Enfin, malgré l'opposition que présentent la plupart des malades qui préfèrent, malgré leurs vives douleurs, tout autre mode de traitement à la castration, il n'est pas douteux, cependant, que les nouvelles méthodes, dont nous venons de parler, ne puissent donner de bons résultats, si elles sont appliquées à propos dans le traitement des graves complications de l'hypertrophie de la prostate.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1896.

De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. Richelot. — La trachéotomie a été pendant longtemps la plus courante de toutes les opérations pratiquées sur la trachée et le larynx. Mais tous les chirurgiens ont reconnu que cette opération était quelquefois périlleuse, et même mortelle à la suite de différents accidents, en tête desquels l'hémorrhagie doit être citée.

C'est pour remédier à ces accidents que Décès (de Reims) avait imaginé la trachéotomie sous-cricoïdienne, et que Nélaton réséqua le cricoïde en partie. Mais Vicq d'Azyr, Gross et Krishaber vinrent, qui firent la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

Avant l'âge de douze ans, cette dernière opération n'est pas praticable, car il n'y a pas entre les deux cartilages d'espace assez large pour y placer la canule.

Mais chez l'adulte, c'est elle qui est l'opération de choix. Elle ne nécessite pas tout le matériel qu'on a bien voulu dire, pas besoin d'écarteurs, pas besoin d'une installation recherchée du malade. De plus, aucun vaisseau n'est à craindre, pas plus que l'altération des cartilages chez les tuberculeux ou le voisinage des cordes vocales.

La technique de l'opération est la suivante : avec l'ongle de l'index gauche, on soulève le bord inférieur du cartilage thyroïde, pour agrandir l'espace entre le thyroïde et le cricoïde, la tête étant dans l'extension forcée ; puis on fait une incision de un centimètre sous le thyroïde, et un coup de pointe sur la membrane suffit pour introduire la canule. On peut ainsi en effet introduire une canule de 9 à 10 millimètres, qui va toujours bien dans l'espace membraneux et qui permet la respiration.

Telle est l'opération, facile, comme on voit, et ne demandant pas plus d'une minute. Lorsque par suite de certaines circonstances, comme dans un cas que rapporte l'auteur, cette opération est difficile, c'est que la trachéotomie est impossible. L'ouverture du larynx doit être préférée à celle de la trachée chez l'adulte.

Mortalité dans la peste.

M. Mahé a fait une étude d'après laquelle les ravages de la peste, ces quarante dernières années, s'élèveraient à 300,000 hommes. Elle a fait en effet différentes apparitions dans l'empire ottoman, dans la Perse et dans la Chine. Dans les diverses épidémies de peste, la gravité n'a pas diminué. La moyenne de la mortalité par épidémie est de 50 0/0. Mais ce chiffre peut être dépassé de beaucoup, puisque la moyenne a été jusqu'à atteindre 96 0/0.

Aujourd'hui, le bacille de la peste est connu, grâce aux descriptions de M. Yersin. Ce bacille habite le sol ; dans l'eau il ne se développe pas facilement. Ce fait explique bien pourquoi la population flottante des Chinois, qui habite sur des bateaux, n'est en général pas atteinte par la peste.

Applications des rayons de Rœntgen à la médecine et à la chirurgie.

M. Fournier présente plusieurs photographies obtenues par les rayons de Rœntgen. Il montre ainsi successivement des arthropathies, des déformations rachitiques, une exostose humérale, une tumeur du bassin sans adhérences avec l'os iliaque, enfin un corps étranger dont la présence dans la main provoqua un phlegmon de cet organe.

M. Guyon, de son côté, dit que les expériences de MM. Chapuis et Chauvel prouvent la possibilité pour les calculs d'être photographiés dans l'intérieur du rein. L'acide urique, il est vrai, n'arrête pas les rayons de Rœntgen ; mais les calculs dans la composition desquels il entre contiennent toujours d'autres substances minérales mélangées avec lui. Deux minutes suffisent pour la photographie des calculs dans l'intérieur du rein.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril.

Diphtérie légère du pharynx : croup avec spasme phréno-glottique. Tubage. Injection en deux fois de 25 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Mort en 48 heures avec hyperthermie inexplicable par les lésions constatées à l'autopsie.

M. Variot. — La mort avec hyperthermie se produisant rapidement après le tubage et les injections de sérum n'est pas rare. J'ai relevé dernièrement une quinzaine d'observations analogues à la suivante. Un enfant est atteint d'une diphtérie plus ou moins intense propagée aux voies aériennes. La température au moment de l'entrée est normale ou ne dépasse guère 38°. L'enfant reçoit une injection de sérum, et il est tubé plus ou moins vite suivant

les circonstances. Dès le soir de l'entrée ou le lendemain, la température monte à 40° et au delà, et, en 48 heures ou 3 jours, la mort survient, bien que l'obstacle au passage de l'air soit parfaitement levé par le tube.

Très habituellement, à l'autopsie, on constate des membranes plus ou moins étendues, et, en même temps, des lésions broncho-pulmonaires diffuses, avec ou sans foyers.

Cependant, j'ai fait aussi quelques autopsies dans lesquelles les membranes étaient très circonscrites, et les lésions des poumons, réduites à quelques foyers hémorrhagiques récents, étaient très limitées.

Dans ces circonstances, je n'hésite pas à attribuer la mort avec hyperthermie aux lésions broncho-pulmonaires.

Mais je viens d'observer un cas d'une interprétation plus difficile encore. Il s'agit d'un enfant tubé, mort avec une hyperthermie qui n'a pas duré plus de 24 heures, et chez lequel les lésions pulmonaires ne peuvent pas nous donner une explication de la terminaison fatale.

Ni la diphtérie circonscrite et légère du pharynx, ni le tubage qui a été effectué dans de bonnes conditions, ne me paraissent capables d'expliquer cette hyperthermie mortelle. La diphtérie, à elle seule, n'est pas une maladie hyperthermisante ; le tubage bien fait, sans obstruction du tube, ne produit pas de semblables effets.

Nous savons que certains échantillons de sérum, peut-être altérés, contiennent des substances hyperthermisantes. En l'absence de lésions organiques suffisantes, sommes-nous en droit d'attribuer au sérum l'hyperthermie qui a été suivie de mort chez cet enfant ? Il est bien difficile d'être absolument affirmatif, puisque nous n'avons aucun moyen précis de retrouver dans l'organisme les substances toxiques qui peuvent exister dans le sérum. Cette observation ne permet donc pas de tirer des conclusions rigourereuses ; mais, cependant, la cause de la mort nous échappe, si nous n'attribuons pas l'hyperthermie au sérum.

Aussi, je me crois autorisé à répéter que ce précieux remède contre la diphtérie doit être manié prudemment, et les connaissances nouvelles que nous avons me confirment dans l'opinion que le sérum ne doit pas être employé comme vaccin préventif.

M. Sevestre. — Il me paraît impossible qu'on puisse songer à tirer une conclusion quelconque de l'observation que vient de lire M. Variot. Rien ne saurait démontrer que la mort est dans ce cas imputable au sérum.

M. Variot a dû faire plus de 2,000 injections de sérum dans la diphtérie ; j'en ai pratiqué de mon côté, au moins 2,500, et jamais ni Variot, ni moi, n'avons observé un cas semblable. On peut donc croire qu'il y a eu intoxication, mais rien ne prouve que celle-ci ressortisse au sérum antidiphtéritique. Pourquoi ne pas invoquer tout aussi justement une mauvaise alimentation, avec intoxication d'origine alimentaire ? Ce n'est évidemment qu'une hypothèse, mais plausible au même titre que celle invoquée par M. Variot.

Quoi qu'il en soit, il s'agit ici d'un cas extrêmement rare qui ne saurait aller à l'encontre du traitement par le sérum de Roux.

Sur l'anacrotisme du pouls.

M. Potain. — Je désire revenir en quelques mots sur la communication faite par M. Huchard dans la dernière séance et, en particulier, montrer les tracés sphygmographiques sur lesquels je me suis appuyé en répondant à M. Huchard.

Il importe d'abord de définir l'anacrotisme du pouls : on croit communément que ce phénomène est caractérisé par la présence de deux soulèvements successifs, apparaissant dans le stade ascendant du tracé sphygmographique. Ceci n'est pas tout à fait exact. La pulsation double se peut produire pendant le stade horizontal, et même pendant le stade descendant. Dans ce dernier cas, le tracé représente la forme normale du pouls de Corrigan.

Ce qui est certain, c'est que la double pulsation se produit à une période rapprochée du début de la diastole artérielle, bien avant le dicrotisme normal. Il faut donc dénommer ce phénomène : *dicrotisme initial*.

Ce signe se rencontre, d'ailleurs, dans de nombreuses circonstances : chez les jeunes gens indemnes de toute affection cardiaque, au cours des coliques de plomb... et aussi dans les cardiopathies.

Parmi les conditions qui en favorisent l'apparition, les unes tiennent au cœur, les autres aux artères, les autres à la circulation périphérique. Le dicrotisme initial est, somme toute, produit par la pénétration dans le système artériel d'une onde sanguine un peu volumineuse et par une réaction particulière des parois artérielles.

M. Hanot communique à la Société l'observation de cancer de l'ampoule de Vater, qui a été publiée au Congrès de Tunis.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 avril.

Effets thermiques de la contraction musculaire.

MM. A. Broca et **Ch. Richet** présentent une note dans laquelle ils montrent que les réactions thermiques du muscle sont modifiées par différents agents, à savoir l'éther et la morphine d'une part, les altérations de la température d'autre part.

L'expérimentation apprend, en effet, que si, après avoir pris le soin de refroidir et d'éthériser le muscle d'un animal, on soumet ce muscle à des excitations électriques, il se refroidit au lieu de se réchauffer.

Pour ce qui est de la morphine, on observe sous son influence un réchauffement très prolongé et aussi très intense après excitation électrique.

L'explication de ce fait est bien probablement la suivante, comme M. Chauveau l'a fait voir : le muscle excité est parcouru par une grande quantité de sang et, de plus, le sang régulateur de la chaleur du muscle cesse de circuler aussi activement, une fois le muscle au repos.

Les rayons X et les êtres vivants.

M. R. Dubois a fait différents essais dans le but de se rendre compte du fait suivant : Les êtres vivants sont-ils capables d'émettre les rayons X que traversent les corps opaques ?

A cet effet, il a fait des photographies en se servant de la pholade dactyle, dont le siphon renferme deux organes en cordons et deux en triangles, émettant une belle phosphorescence bleuâtre. Il a obtenu une photographie très nette de ces organes, après une pose de douze heures et en mettant une plaque à instantanés à une petite distance au-dessus d'eux.

Cependant l'auteur ajoute qu'il ne faudrait pas conclure de ce fait d'une manière irréfutable à l'existence des rayons X chez les êtres vivants. Il faut, en effet, tenir compte de ce fait que les radiations ordinaires peuvent passer peut-être au travers des corps minces en quantité inappréciable pour l'œil, mais en quantité cependant suffisante pour impressionner à la longue une plaque sensible par l'effet de leur action cumulative.

Rachitisme expérimental.

M. Charrin, rappelant que depuis cinq ans il poursuit différentes expériences sur les phénomènes de l'hérédité, de concert avec M. Gley, présente à la Société deux squelettes de lapins ayant même âge, mais l'un né de parents sains, l'autre, au contraire, ayant des ascendants préalablement soumis à l'action des produits microbiens.

Sur le squelette de ce dernier, on remarque l'énormité des

épiphyses, leur soudure imparfaite avec des diaphyses trapues et épaisses, la torsion marquée des os, des nodosités manifestes aux extrémités des côtes, une incurvation accentuée du bassin, un développement anormal des osselets de la queue. A côté de ces phénomènes, il est juste de rappeler que pendant la vie l'animal avait les poils hérissés, le ventre flasque, développé, saillant, et présentait souvent de la gastro-entérite. Il pesait 980 grammes, tandis que le lapin auquel appartenait le squelette sain présenté par l'auteur pesait 1,910 grammes.

On se trouve donc bien en présence de rachitisme expérimental, et la question, par l'ensemble de toutes les preuves apportées, paraît bien être résolue, telle qu'elle l'a été pour le nanisme, pour l'infantilisme et pour différentes difformités.

Ces expériences jettent aussi une vive lumière sur la pathologie, et l'on conçoit l'importance des résultats auxquels on pourrait aboutir.

Inefficacité du sérum de Marmorek sur une variété de streptocoque.

M. Méry rapporte l'observation d'un enfant atteint de scarlatine, dans le sang duquel on trouva un streptocoque qu'on retira pendant la vie. Aussi voulut-on avoir recours au sérum de Marmorek; mais son inefficacité fut absolue. Quant au streptocoque, il n'était pas encapsulé et sa virulence était moyenne. Par différentes expériences, M. Méry a établi qu'on se trouvait en présence d'une variété de streptocoque qui était réfractaire au sérum de Marmorek. Et, par ce fait, il est naturellement autorisé à conclure que l'unicité du streptocoque que l'on rencontre en pathologie humaine paraît réellement compromise.

Cette distinction des streptocoques explique bien que le sérum de Marmorek agit de façon si inégale, et c'est aussi de cette manière que peut se comprendre la production d'abcès à streptocoques par l'inoculation du sérum de Marmorek.

Culture du bacille de Lœffler sur le liquide d'Outchinsky.

MM. Hugounenq et **Doyon** réfutent les résultats positifs avancés par Outchinsky relativement à la culture du bacille de Lœffler.

Le liquide d'Outchinsky est bien un milieu favorable pour le développement d'un grand nombre de microbes. Mais ce liquide, milieu de composition chimique déterminée, même quand on l'additionne de peptones, n'est pas un milieu de culture qui convient au bacille de Lœffler.

Aussi, les conclusions d'Outchinsky doivent-elles être considérées comme tout à fait exceptionnelles pour la diphtérie.

A l'appui de leur opinion, MM. Hugounenq et Doyon citent différents expérimentateurs de Lyon qui ont abouti à des conclusions identiques aux leurs et les confirment pleinement. Ils n'ont pas obtenu le développement des cultures de bacilles de Lœffler sur le liquide d'Outchinsky.

De la pigmentation dans les greffes dermo-épidermiques.

M. Maurel, rappelant une communication antérieure, y ajoute les quelques considérations suivantes :

A la Guyane et à la Guadeloupe il fit plusieurs expériences dans lesquelles il démontrait que les greffes dermo-épidermiques prises sur des sujets pigmentés doivent, pour conserver leur coloration, être transportées sur un sujet pigmenté.

Prend-on, d'autre part, des greffes pigmentées sur les noirs pour les transporter sur les Européens, on voit que le plus souvent elles perdent rapidement leur coloration. Ce n'est que par exception qu'on les a vues rester noires chez des Européens. Malgré cette particularité, ces greffes prennent sûrement et la cicatrisation se fait comme d'ordinaire.

Action physiologique de la nicouline.

M. Boinet. — La nicouline, dont la formule est $C^3 H^4 O$, agit surtout sur les centres nerveux où elle provoque souvent de la congestion. Elle produit d'abord une courte phase d'excitation, avec agitation passagère, mouvements convulsifs, accélération des mouvements respiratoires et cardiaques, et léger degré de myosis. Mais ces phénomènes sont fugaces, s'accentuent surtout sur les grenouilles. D'ailleurs, ils sont variables suivant la dose employée.

La nicouline, donnée à dose massive, produit bientôt de l'hébétude, de la torpeur et de la stupeur ; les animaux ressemblent alors à des automates. Puis la torpeur augmentant, la résolution musculaire se généralise et la parésie arrive à empêcher tout mouvement. Enfin, à forte dose, la nicouline peut déterminer la mort avec quelques secousses convulsives.

La nicouline produit encore d'autres phénomènes : c'est la sensibilité qui s'émousse et disparaît après la motilité; c'est la mydriase, surtout marquée à la dernière période. Chez le rat et le cobaye, la température, prise dans le rectum, peut descendre à 30 et même 25 degrés.

Enfin la nicouline détermine des phénomènes sécrétoires, respiratoires et cardiaques qui montrent bien que cette substance agit avec prédilection sur le bulbe et stupéfie les centres nerveux.

En ce qui concerne la dose à laquelle la nicouline est toxique, on arrive aux résultats suivants :

Elle tue les mammifères à la dose de 4 milligrammes pour 8 à 10 grammes du poids de l'animal. Mais les lézards et les grenouilles résistent à des doses proportionnelles quatre fois plus considérables. Enfin administre-t-on la nicouline à doses fractionnelles, s'élevant à 2 milligrammes toutes les dix minutes, cette substance s'élimine au fur et à mesure de son absorption.

L'élimination facile de petites doses de nicouline a permis à l'auteur d'employer cette substance pour utiliser ses propriétés stupéfiantes et paralysantes, dans un cas de tétanos aigu arrivé à la période agonique.

Pression intra-pleurale dans le pneumothorax à soupape.

M. Lorrain a examiné la pression intra-pleurale dans deux cas de pneumothorax à soupape. Il l'a trouvée positive, supérieure par conséquent à la pression atmosphérique. Pendant l'inspiration même, la pression intra-pleurale reste supérieure à la pression atmosphérique. Donc l'air ne peut pénétrer dans la plèvre que quand il possède une tension supérieure à la pression atmosphérique, c'est-à-dire pendant l'expiration.

D'ailleurs les observations montrent bien que, dans les pneumothorax à soupape, c'est pendant l'expiration, pendant les fortes expirations particulièrement, comme la toux, que l'air pénètre dans la plèvre.

La pression intra-pleurale, dans les pneumothorax à soupape, doit être l'objet de l'attention du médecin, pour qu'il puisse intervenir à temps par des ponctions répétées, ou en laissant un trocart à demeure.

Enfin la connaissance exacte et précise de la pression intrapleurale pendant l'expiration et pendant l'inspiration est d'une utilité de premier ordre pour le diagnostic.

Transformations chimiques intra-organiques.

M. Kaufmann lit une note dont voici les conclusions :

1° Toute la chaleur émise par l'organisme animal peut être rapportée à des phénomènes chimiques de pure oxydation, c'est-à-dire à une véritable combustion;

2° Cette oxydation a pour effet de faire passer l'albumine successivement par les phases graisse, puis sucre, et les graisses par la phase sucre.

3° La matière hydrocarbonée, glycose et glycogène, représente

donc la forme chimique en laquelle tous les principes immédiats se transforment, avant de subir la destruction totale.

MM. Phisalix et **Bertrand** déposent une note sur *l'existence à l'état normal de substances antivenimeuses dans le sang de quelques mammifères sensibles au venin de vipère.*

M. Rénon lit un travail sur *le passage du mycélium de l'aspergillus fumigatus dans les urines, au cours de l'aspergillose expérimentale.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 16 avril 1896.

Observation de vomissements incoercibles au début d'une grossesse.

M. Le Damany cite le cas de vomissements incoercibles au début d'une grossesse, observés dans le service de M. Maygrier. Ces vomissements apparurent dès la sixième semaine et, en un mois, mirent la femme dans un état tel que par suite de l'amaigrissement, de l'hypothermie, de l'accélération du pouls (140), l'avortement dut être provoqué.

Ces vomissements avaient résisté à tous les traitements employés : oxalate de cérium, électrisation descendante du pneumogastrique, dilatation du col, redressement de l'utérus, etc.

Après l'avortement, les vomissements ont brusquement cessé et la femme a guéri. M. Le Damany en conclut que ces troubles semblent plutôt dus à une action réflexe qu'à une auto-intoxication.

L'avortement provoqué a produit chez la malade une aggravation momentanée qui montre le danger de l'intervention trop tardive. L'avortement, dans des cas de ce genre, doit être fait rapidement, complètement et avec une antisepsie minutieuse ; chez une femme cachectisée, la moindre hémorrhagie, la moindre infection de l'utérus peut être mortelle.

M. Doléris rapporte, à ce sujet, l'histoire d'une malade atteinte de vomissements incoercibles et chez laquelle les vomissements cessèrent à la troisième application de l'électrode, mais on s'est aperçu ensuite que la pile ne marchait pas et le traitement n'avait agi que par suggestion. Pour lui, les vomissements incoercibles s'observent chez les névropathes.

M. Charpentier est d'avis que le traitement de choix c'est l'avortement et l'avortement précoce.

M. Budin rappelle que lors de la communication de M. Maygrier à propos des succès obtenus par lui, grâce à l'électricité, il avait déjà jeté une note discordante en citant un fait où ce traitement avait échoué. Pour lui, comme pour M. Doléris, l'électricité n'agit que par suggestion chez les nerveuses.

Deux observations de rupture utérine spontanée.

M. Chéron. — L'une des deux femmes fut apportée morte à la Maternité. C'était une rachitique. A l'autopsie, on trouva le fœtus et le placenta dans la cavité abdominale. La déchirure utérine intéressait le segment inférieur et le péritoine du ligament large. L'orifice s'est produit immédiatement en arrière du ligament rond et à travers cette déchirure passait la fesse gauche du fœtus, le pied étant à la vulve.

Le bassin était rétréci dans tous ses diamètres :

Diamètre promonto-pubien minimum.. 6 centim.
— transverse.................. 11 —

Chez la seconde femme, la rupture s'effectua quelques minutes après son entrée. Présentation de l'épaule en A. I. D., promontoire accessible, membranes rompues depuis sept heures. Pas de bruits du cœur ; rétraction très grande de l'utérus, pas de liquide amniotique. Pendant qu'on s'apprêtait à faire l'embryotomie, la rupture utérine se produisit. Le col se déchira sur son bord droit et la déchirure intéressa bientôt une partie du segment inférieur. Version, irrigations au sublimé et à l'eau bouillie (le péritoine n'était pas intéressé), tamponnement à la gaze iodoformée. Péritonite le 5e jour, mort le 8e.

L'autopsie a démontré que la déchirure se trouvait sur la partie latérale droite intéressant le col et le segment inférieur dans une étendue de 7 à 8 centimètres.

Parotidite ascendante due au saccharomyces albicans.

M. Brindeau. — Enfant né à 7 mois qui présenta du muguet quelques jours après sa naissance ; neuf jours après, parotidite à droite. Une ponction ramène un liquide contenant du saccharomyces albicans à l'état pur ; la bouche de l'enfant contenait alors du staphylocoque blanc. Quatre jours après, on incise la parotide ; écoulement d'un pus jaunâtre, contenant des staphylocoques. Deux jours après, arthrite des articulations genou et de l'épaule ; puis, successivement, toutes les articulations se prennent, en 15 jours on ouvre 30 abcès contenant des staphylocoques blancs, que l'on trouve également dans le sang de l'enfant. L'enfant mourut au bout d'un mois et demi environ. A l'autopsie, on trouve un énorme abcès dont le point de départ est la troisième vertèbre cervicale ; le pus a décollé l'œsophage, le foie et les reins sont amyloïdes.

M. Maygrier présente un placenta double dans une grossesse simple. Un cotylédon accessoire était relié par des vaisseaux à l'une des masses placentaires. Il insiste sur les dangers, en pareil cas, d'une délivrance incomplète.

M. Doléris présente des kystes hydatiques développés dans les deux trompes et qu'il a enlevés par la laparotomie. Il croit que c'est le seul cas qui ait jamais été signalé.

LES LIVRES

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Les variations de la mortalité à Paris; leur cause météorologique, par M. le docteur F. Chiaïs, ex-médecin de l'hôpital de Menton. Avec neuf planches et quarante-sept tableaux. Prix : 3 fr.

Les succès de la microbiologie ont, dans les recherches sur les causalités morbides, sinon fait abandonner, tout au moins fait considérer comme d'importance secondaire l'action du froid et du chaud.

Les faits, qui sont les maîtres des théories, démontrent-ils qu'il faut rejeter dans les banalités étiologiques l'action pathogénique des modifications de l'atmosphère ?

L'étude sur *les Variations de la Mortalité à Paris* répond à cette question, et répond par des faits :

De la 1e à la 20e semaine, la mortalité hebdomadaire moyenne a été, pour les années 1884 à 1888, de 1171 ; et, de la 26e à la 45e semaine, de 915 ; différence en plus pour les semaines hivernales : 256. De 1889 à 1893, la mortalité hebdomadaire moyenne, de la 1re à la 20e semaine, a été de 1,127 ; et de la 26e à la 45e. de 886 ; différence en plus pour chaque semaine hivernale, 241.

L'école microbienne a fait passer dans son domaine les pneumonies : Que font les microbes lorsqu'ils n'ont d'autre adjuvant que la prédisposition individuelle ? Voici ce que répondent les chiffres : la moyenne hebdomadaire de mortalité par pneumonie a été, pour les 20 premières semaines de 1887 et 1888, de 131 ; et de la 26e à la 46e semaine, de 33 ; différence en plus pour chaque semaine d'hiver : 98. Les années 1889 à 1893 inclusivement ont donné à Paris comme moyenne hebdomadaire de mortalité par pneumonie : de la 1re à la 20e semaine, 101 ; et de la 26e à la 48e semaine, 29 ; différence en plus pour la période hivernale, 72 décès par semaine.

Tont n'est donc pas dit en médecine quand on a parlé de microbes : l'étude de l'atmosphère et de ses modifications s'impose à notre attention plus que jamais.

Il résulte du travail que nous présentons au lecteur que l'atmosphère n'est pas, comme l'enseignent les classiques, un milieu que l'on puisse considérer et étudier comme ayant une composition invariable : c'est un milieu très changeant non seulement dans ses propriétés mais dans sa composition : c'est par l'intermédiaire des changements de composition que les propriétés thermiques de l'atmosphère agissent sur les fonctions de l'organisme humain. L'étude sur la cause météorologique des variations de la mortalité à Paris le démontre jusqu'à l'évidence.

Ces recherches n'ont pas seulement un intérêt théorique ; elles ont aussi une portée pratique. Tous les climats subissent dans leur atmospère des variations de composition analogues aux variations que subit le climat de Paris ; mais ces variations ne sont pas partout de même degré et d'égale durée. La connaissance du degré et de la durée des diverses modifications de composition de l'atmosphère d'un climat donne la mesure de sa valeur pathogénique et de sa valeur prophylactique.

Avec cette notion la climatologie cesse d'être une science conjecturale; elle devient une science positive.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 4 AU 9 MAI 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

LUNDI 4 MAI, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, André, Heim. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Terrier, Monod, Vernier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Reclus, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Tuffier, Lejars. — 5e (2e partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Fournier, Marie. — 5e (2e partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Hayem, Landouzy, Gilles de la Tourette.

MARDI 5 MAI, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Mathias-Duval, Rémy, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Raymond, Polaillon, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Cornil, Quénu, Gley. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Duplay, Bar, Hartmann. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Nélaton, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Achard, Ménétrier. — 4e : MM. Proust, Marfan, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Campenon, Albarran. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Charrin, Marie. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Gilbert.

MERCREDI 6 MAI, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Marchand, Delbet, Broca. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Monod, Rémy, Ricard. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Gautier, Weiss, André. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Gariel, Ch. Richet, Chantemesse. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Reclus, Lejars.

JEUDI 7 MAI, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Panas, Nélaton, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Raymond, Chantemesse, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Berger, Polaillon, Wurtz. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Mathias-Duval, Le Dentu, Rémy. — 3e (1re partie) : MM. Duplay, Albarran, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Gilbert, Achard. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Ménétrier, Netter. — 4e (2e série) : MM. Grancher, Proust, Thoinot.

VENDREDI 8 MAI, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Tillaux, Reclus, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Reynier, Broca. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Rémy, Retterer, Thiéry. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Gautier, Heim, Weiss. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Gariel, André, Chassevant. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Monod, Delbet, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Straus, Thoinot. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

SAMEDI 9 MAI, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Polaillon, Quénu, Hartmann. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Gley. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Rémy, Poirier, Thiéry. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Berger, Albarran. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Raymond, Hutinel, Roger. — 5e (2 partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Ménétrier, Achard. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Letulle. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Laboulbène, Cornil, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchement, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

MERCREDI 6 MAI, à 1 heure. — *M. Babon :* L'état gastrique des ataxiques; étude clinique et de chimisme stomacal (MM. Hayem, Fournier, Gilles de la Tourette, Wurtz). — *M. Bardury :* De l'association fréquente des phénomènes cérébraux bulbaires aux symptômes médullaires de la syphilis (MM. Fournier, Hayem, Gille de la Tourette, Wurtz). — *M. Casamayor Dufour :* Sur la prophylaxie de la tuberculose (MM. Grancher, Straus, Netter, Gaucher). — *Mlle Sélacovitch :* De certains accidents articulaires chroniques consécutifs au rhumatisme articulaire aigu (MM. Straus, Grancher, Netter, Gaucher). — *M. Follet :* De la présence, notamment dans le sang et dans le suc des tumeurs, de plaques bactérigènes; polymorphie de la tuberculose et cancer (MM. Straus, Grancher, Netter, Gaucher). — *M. Monscourt :* L'otite moyenne tuberculeuse (MM. Tillaux, Varnier, Tuffier, Walther). — *M. Schober :* Contribution à la pathogénie et à la clinique des tumeurs kystiques salpingiennes à forme irrégulière (MM. Tillaux, Varnier, Tuffier, Walther).

JEUDI 7 MAI, à 1 heure. — *M. Olgiati :* Splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate (MM. Guyon, Laboulbène, Marfan, Hartmann). — *M. Albert :* Valeur thérapeutique des enveloppements humides du thorax dans les bronchopneumonies infantiles (MM. Laboulbène, Guyon, Marfan, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Jacquet, 18; Soupault, 18; Bruhl, 17; Sallard, 17; de Grandmaison, 18; Gallois, 18; Berbez, 18; Deschamps, 14.

Un concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le 22 mai 1896. Se faire inscrire avant le 8 mai prochain.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Villemin, 17; Reblaud, 13; Souligoux, 16; Thiéry, 16.

La première séance de la troisième épreuve (consultation écrite) a eu lieu samedi 25 avril : MM. Mauclaire, 19; Péraire, 15; Delbet, 14; Villemin, 16; Demars, 15; Reblaud, 16; Cazin, 14; Arrou, 17.

Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris s'ouvrira le 30 mai 1896. Se faire inscrire du 1er au 15 mai prochain.

Concours d'accouchement.

Les candidats du concours qui doit s'ouvrir le 4 mai pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavane, Demelin, Dubrisay, Potocki, Léon Tissier, Wallich.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine de Caen.

Un concours s'ouvrira le 9 novembre 1896 pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de médecine de Rennes.

La chaire de pathologie externe est supprimée, et M. le professeur Petit, titulaire de ladite chaire, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

VARIA

Création de nouveaux postes d'ambulances urbaines à Paris.

Le Conseil municipal, conformément aux conclusions d'un rapport présenté par M. Strauss sur ce sujet, vient de décider, en même temps que l'amélioration du poste d'ambulance urbaine de l'hôpital Saint-Louis, la création de deux nouveaux postes qui seront situés, l'un rue Domat (rive gauche), l'autre rue Caulaincourt (rive droite); à côté de ce dernier poste sera établie, en outre, une station d'ambulances municipales.

Il sera installé dans Paris des avertisseurs d'accidents destinés à assurer d'une façon permanente aux blessés et aux victimes de la rue des secours aussi rapides que possible.

Une commission de dix-sept membres — comprenant, entre autres, cinq membres du Corps médical choisis par le Conseil municipal — sera chargée de l'examen de toutes les questions techniques concernant le service du transport des malades et des blessés.

Enfin, pour donner plus d'efficacité à cette réorganisation des secours, l'administration de l'Assistance publique est invitée à soumettre à l'assemblée communale un projet soit d'hôpitaux dits de prompt secours et situés l'un sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche, soit de salles d'opérations affectées au même usage dans les hôpitaux existants.

Le Conseil se propose aussi de demander ultérieurement la création de nouveaux postes d'ambulances dans le voisinage de l'hôpital Tenon, au marché Saint-Honoré et sur l'emplacement des anciens abattoirs de Villejuif, de manière à établir pour Paris un réseau complet d'ambulances urbaines.

Le Conseil municipal de Paris vient de voter l'acquisition, à titre de monument historique, des bâtiments où siégeait autrefois la Faculté de médecine, rue de la Bûcherie et rue de l'Hôtel-Colbert.

Dans sa dernière session, le Conseil général de Maine-et-Loire a voté 2,000 fr. pour la création d'un laboratoire de bactériologie à Angers.

NOUVELLES

Cours pratique d'ophtalmologie.

M. le Dr A. Terson recommencera, le jeudi 9 mai, à 5 heures, des conférences pratiques :

1° *Ophtalmoscopie clinique* (avec malades).
2° *Chirurgie oculaire* (avec exercices par les élèves).

M. Mermet commencera, le 11 mai, à 5 heures, des conférences pratiques :

1° *Anatomie* normale et pathologique de l'œil (pièces et technique).
2° *Bactériologie* clinique de l'œil.

Chaque cours durera six semaines : le premier aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 5 heures ; le second, les lundi, mercredi, vendredi, à la même heure.

S'inscrire d'avance, tous les matins, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Institution d'une commission technique pour la recherche des moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

Vu la proposition faite au Conseil municipal par MM. Bompard et Clairin et tendant à l'institution d'une commission spéciale pour l'étude et la recherche des moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux ;

Vu la délibération conforme prise par le Conseil municipal dans sa séance du 22 avril 1896 ;

Arrête :

Article premier. — Est instituée une commission spéciale à l'effet d'étudier et de déterminer les mesures propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux.

Art. 2. — Sont désignés pour faire partie de la commission dont il s'agit :

MM.

Le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France, président ;
Bompard, vice-président du Conseil municipal ;
Clairin, membre du Conseil municipal ;
Le professeur Dehove, médecin chef de service à l'hôpital Beaujon ;
Le docteur Duhrisay, membre du Conseil de surveillande de l'Assistance publique ;
Le docteur Duguet, médecin chef de service à l'hôpital Lariboisière ;
Le docteur Gibert, médecin du traitement à domicile ;
Le professeur Grancher, professeur de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades ;
Le docteur Hanot, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine ;
Le professeur Landouzy, médecin chef de service à l'hôpital Laënnec ;
Le professeur Lannelongue, chirurgien chef de service à l'hôpital Trousseau ;
Le docteur Letulle, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Antoine ;
Le docteur Levraud, membre du Conseil municipal et membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine ;
Le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation de la Ville de Paris ;
Le docteur Navarre, membre du Conseil municipal et du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ;
Le docteur Périer, chirurgien chef de service à l'hôpital Lariboisière, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ;
Le professeur Potain, professeur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ;
Risler, maire du VIIe arrondissement, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ;
Le docteur Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur ;
Strauss, président de la cinquième commission du Conseil municipal et membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ;
Le docteur Thoinot, médecin des hôpitaux ;
Félix Voisin, membre de la Cour de cassation, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ;

M. le docteur Thoinot remplira les fonctions de secrétaire.

Fait à Paris, le 27 avril 1896.

Signé : E. Peyron.

Pour ampliation :
Le secrétaire général,
Drouin.

NOTES POUR L'INTERNAT

OMBILIC ET RÉGION OMBILICALE

I. Définition.

1° L'omhilic est la cicatrice qui résulte de la chute du cordon ombilical.

2° La région ombilicale comprend :

α *La cicatrice ombilicale.*

β *L'anneau ombilical.*

γ *La portion de la paroi abdominale immédiatement attenante à l'anneau.*

δ *Les cordons fibreux résultant de l'oblitération des vaisseaux ombilicaux.*

ε *L'ouraque.*

ξ *Le péritoine.*

II. Développement.

A. Formation de l'ombilic.

La tache embryonnaire qui doit former l'embryon a d'abord la forme d'un segment d'ovoïde allongé dont la concavité regarde la cavité de la vésicule blastodermique avec laquelle elle se confond.

Bientôt les extrémités de cette tache ainsi que ses bords latéraux se recourbent du côté de la concavité en formant le capuchon céphalique et le capuchon caudal.

Les bords latéraux se rapprochent de même.

Il en résulte que la cavité de la vésicule blastodermique se trouve divisée en deux parties :

1° Cavité intestinale de l'embryon.

2° Vésicule ombilicale, extra-embryonnaire.

Le point rétréci au niveau duquel ces deux cavités communiquent entre elles est le pédicule de la vésicule ombilicale.

L'ombilic est l'orifice de la paroi ventrale de l'embryon qui livre passage à ce pédicule. (Ombilic cutané.)

L'ombilic est d'abord énorme, puisque la paroi ventrale de l'embryon fait totalement défaut au début. Il se rétrécit graduellement jusqu'à la naissance, par suite du développement de cette paroi.

B. Organes passant par l'ombilic.

1° Pédicule de la vésicule ombilicale :

Est le premier canal auquel l'ombilic livre passage, puisqu'il résulte de la formation même de cet orifice.

Ce pédicule est d'abord très court et très large ; mais l'amniose en se développant l'entoure et l'enserre, et le transforme en un véritable canal dit omphalo-mésentérique communiquant avec l'intestin au niveau de l'ombilic intestinal.

Vaisseaux omphalo-mésentériques :

Appartiennent au système de la première circulation. Ils se développent dans la paroi de la vésicule ombilicale. Très nombreux d'abord, ils sont bientôt réduits à :

Deux artères omphalo-mésentériques, branches des iliaques (vertébrales postérieures) qui vont se distribuer à l'area vasculosa de la vésicule ombilicale.

Deux veines ompbalo-mésentériques venant du sinus terminal qui entoure l'area vasculosa et qui vont se jeter dans l'extrémité postérieure du cylindre cardiaque.

A partir de la cinquième ou sixième semaine de la vie embryonnaire, la vésicule ombilicale décroît, son pédicule et les vaisseaux qu'il contient s'atrophient progressivement, s'oblitèrent, et à la naissance les éléments qui les constituaient sont dissociés ou même résorbés. Peut persister : diverticule intestinale de Meckel, pédicule de vésicule ombilicale.

2° Vésicule allantoïde :

Se développe par un bourgeon creux de la partie inférieure de l'intestin primitif et apparaît vers le vingtième jour (Tarnier) de la vie embryonnaire.

A ce moment, l'amnios enserre déjà le pédicule de la vésicule ombilicale et l'a transformé en une sorte de cordon qui suspend le fœtus dans les eaux de l'amnios.

L'allantoïde s'insinue dans ce cordon pour aller tapisser la face interne du 2° chorion, et la face externe de l'amnios et de la vésicule ombilicale.

L'ombilic divise alors l'allantoïde en deux parties, l'une intra-embryonnaire qui formera la vessie et l'ouraque, l'autre extra-embryonnaire, qui va concourir à la formation des enveloppes du fœtus, à la formation du placenta et du cordon ombilical.

Vaisseaux ombilicaux :

Le développement sur le pédicule de la vésicule allantoïde au moment où les vaisseaux ompbalo-mésentériques commencent à s'atrophier (5° semaine).

Comprennent :

Deux artères ombilicales, branches des vertébrales postérieures, qui portent le sang du fœtus jusqu'au placenta. D'abord rectilignes, elles deviennent ensuite spiroïdales.

Deux veines ombilicales dont une s'atrophie presque aussitôt. ainsi que la veine ompbalo-mésentérique correspondante et dont l'autre se termine dans le tronc de la veine omphalo-mésentérique, veine porte future et qui ramènent le sang du placenta.

Atrophie du pédicule de l'allantoïde :

Le pédicule de l'allantoïde s'atrophie ensuite, et à la naissance il est oblitéré ; mais les vaisseaux ombilicaux se sont développés de plus en plus.

3° Anse intestinale :

Qui vers la fin du premier mois sort par l'ombilic très large au milieu des éléments du cordon, également très large. Mais bientôt ce cordon se resserre du placenta vers l'ombilic, et refoule l'intestin dans l'abdomen.

C. Ombilic à la naissance.

Forme.

Au moment de la naissance, l'ombilic n'est autre chose que le point d'insertion du cordon ombilical.

A ce niveau, la peau de la paroi abdominale se réfléchit sur le cordon (1 an) et se continue, sans ligne de démarcation, avec la membrane amniotique.

Structure du cordon (à la naissance).

Le cordon ombilical est formé :

1° D'une gaine fournie par l'amnios ;

2° De tissu muqueux, dans lequel sont plongés :

3° Les vaisseaux ombilicaux (2 artères, 1 veine) ;

4° Les débris du pédicule de l'allantoïde.

D. Modifications de l'ombilic après la naissance.

Chute du cordon :

Serait due, d'après *Richet*, à l'étranglement des vaisseaux par un anneau contractile situé en avant du péritoine, en arrière de l'anneau fibreux ombilical et formé de fibres contractiles, analogues à celles de la paroi moyenne des artères (fibres lisses).

D'après Tillaux, Sappy, Parrot. elle serait due à ce que la circulation ne se fait plus dans les vaisseaux du cordon dès que l'enfant a respiré.

Cette chute a lieu en moyenne quatre à cinq jours après la naissance.

La petite plaie qui en résulte est guérie en huit jours.

Cicatrice ombilicale ; oblitération des vaisseaux ombilicaux dans l'abdomen (Ch. Robin).

Les vaisseaux ombilicaux, oblitérés au niveau de l'ombilic aussitôt après la naissance, contractent d'abord des adhérences avec la cicatrice ombilicale et avec l'anneau fibreux, par leur tunique externe (noyau cicatriciel fibreux).

Les tuniques moyenne et interne se rétractent dans le sens de la longueur et s'éloignent de l'ombilic, laissant derrière elles de simples cordons fibreux formés par la tunique externe hypertrophiée.

Cette oblitération remonte jusqu'à la vessie pour les artères ; jusqu'au sillon transverse du foie pour la veine.

E. Déductions pathologiques.

1° *Hernie congénitale embryonnaire.* — Due à ce que l'anse intestinale qui, normalement, sort de l'abdomen chez l'embryon, n'est pas rentrée, de sorte que, à la naissance, l'anse intestinale herniée peut être liée (hernie diverticulaire) en même temps que le cordon.

Si cette hernie est volumineuse (défaut de développement des parois de l'abdomen), elle n'est recouverte que par l'amnios, le péritoine n'étant pas développé au moment où elle s'est produite et la chute du cordon laisse à nu les organes qu'elle contient.

2° *Fistule urinaire* due à ce que l'ouraque est resté perméable.

3° *Erysipèle du nouveau-né* par inflammation de la plaie ombilicale (mortel).

III. Généralités.

A. Situation.

Au-dessus d'hypogastre, au-dessous d'épigastre, centre les deux flancs.

Dans la paroi abdominale antérieure, sur la ligne médiane.

Il fait partie de la ligne médiane et se trouve à peu près à égale distance de l'appendice xiphoïde et du bord supérieur de la symphyse pubienne.

Au sixième mois de la vie intra-utérine, il correspond au milieu du corps.

Avant, il est au-dessous.

Après, il est au-dessus.

B. Aspect.

1° *Face cutanée.* — Dépression d'autant plus profonde que le sujet est plus gras, affectant la forme d'un croissant à concavité supérieure d'autant plus marquée que le tissu adipeux sous-cutané de la paroi abdominale est plus développé.

2° *Face péritonéale.* — L'ombilic est marqué par le point de réunion de quatre cordons fibreux, dont un descendant (veine ombilicale), trois descendants, deux artères ombilicales, un ouraque qui déterminent la formation de replis péritonéaux partant de l'ombilic.

IV. Superposition des plans.

D'avant en arrière :

1° *Plan cutané;*

2° *Plan fibreux;*

3° *Plan péritonéal.*

V. Plan cutané.

La *peau* est mince et fine au niveau de la dépressinn ombilicale.

Très adhérente, par sa face profonde, à l'anneau ombilical.

Le fascia superficialis et

La *couche graisseuse sous-cutanée* s'arrêtent au pourtour de la cicatrice et forment autour d'elle un hourrelet parfois assez prononcé pour masquer la cicatrice, qui est alors située au fond d'un entonnoir.

Mais la graisse, quelle que soit son ahondance, ne s'infiltre jamais dans la cicatrice (Richet) et, pas plus que les hernies, elle n'arrive à détruire les adhérences qui unissent le derme au noyau fibreux cicatriciel.

Déductions pathologiques :

L'accumulation de débris épidermiques et de matière sébacée dans l'ombilic des sujets gras est porfois, par l'irritation qu'elle détermine, le point de départ des érythèmes, phlegmons de cette région.

VI. Plan fibreux.

Comprend :

A. Contour fibreux de l'orifice ombilical.

B. Noyau fibreux cicatriciel et boule graisseuse contenus dans cet orifice.

A. Contour fibreux de l'orifice ombilical ou anneau ombilical.

Forme pour ainsi dire le squelette de la région et adhère en avant à la peau, en arrière au péritoine.

Composé de deux plans de fibres :

1° L'un superficiel;

2° L'autre profond.

1° Couche superficielle :

Examiné par sa face antérieure après qu'on a enlevé la peau et le facia superficialis, l'orifice ombilical présente une forme irrégulièrement quadrilatère.

Ses bords sont constitués par l'entrecroisement de rubans fibreux assez gros, aplatis, à fibres très serrés, intimement fusionnés entre eux au bord de l'orifice.

Une dissectinn attentive a montré à Thompson (1838) qu'ils ne sont qu'une dépendance des aponévroses abdominales et que chacune des fibres qui les composent se continue par ses deux extrémités avec les fibres musculaires.

2° Couche profonde (Richet-Sappey), Tillaux la nie.

Si on regarde l'anneau par sa face profonde, après avoir enlevé le péritoine et le tissu fibreux qui le double, on constate qu'il est manifestement formé par deux faisceaux de fibres curvilignes demi-circulaires, qui se regardent par leur concavité et circonscrivent :

Le supérieur, la moitié supérieure de l'orifice,

L'inférieur, la moitié inférieure.

Ils s'entrecroisent ensuite aux deux extrémités du diamètre transversal et vont se perdre sur la face postérieure des aponévroses abdominales.

Ces fibres sont indépendantes des aponévroses abdominales auxquelles elles semblent surajoutées, et sont pour Richet, les débris transformés de ce que cet auteur appelle le sphincter ombilical.

Tillaux n'a pu voir cette deuxième couche. Cette couche profonde adhère au péritoine.

B. Noyau fibreux cicatriciel, peloton adipeux contenus dans l'orifice ombilical.

1° Noyau fibreux.

Résulte de la fusion en un tissu inodulaire : du derme et d'un cordon fibreux dans lequel nn peut, chez l'enfant, retrouver les vestiges de l'ouraque et des vaisseaux ombilicaux.

Cette fusion est déjà opérée au 4° mois, mais elle est molle et sans résistance, et c'est seulement vers la fin de la première année que le bouchon ainsi formé présente une certaine résistance et ferme à-peu près complètement l'orifice ombilical. Ce noyau cicatriciel attiré en bas dès le début par les cordons des artères ombilicales et de l'ouraque dont le développement n'est pas en rapport avec celui de la partie sous-ombilicale de l'abdomen, contracte des adhérences avec la moitié inférieure de l'anneau.

Ces adhérences sont très intimes, et constituent une véritable soudure.

2° Peloton adipeux.

Faiblement attiré en haut, au contraire, par le cordon unique de la veine ombilicale, le noyau fibreux ne contracte que de faibles adhérences avec la moitié supérieure, et en est même séparé par un petit peloton adipeux qui se continue avec le tissu graisseux abondant, contenu dans la gouttière nmbilicale de Richet. Donc, les 3/4 inférieurs de l'ouverture ombilicale sont fermés par un noyau fibreux résistant, tandis que le 1/4 supérieur n'est obturé que par un peu de graisse faiblement adhérente (et dont le développement, chez les obèses, concourt à dilater l'anneau ombilical qui restera perméable dans sa partie supérieure, s'il survient un amaigrissement rapide et considérahle résorbant ce peloton graisseux).

C. Déductions pathologiques.

1° Fréquence des hernies nmbilicales des nouveaux-nés (ne pas les confondre avec les hernies congénitales), par suite de la faible résistance de la cicatrice ombilicale. Leur tendance à la guérison spontanée par suite de l'élasticité de l'anneau.

2° Toutes causes tendant à dilater l'anneau ombilical prédisposent à hernies de l'adulte.

α) Grossesses répétées.

β) Ascite qui dilate parfois l'anneau, au point que le liquide, en repoussant la cicatrice, peut, de déprimée, la rendre saillante.

γ) Tumeurs abdominales volumineuses.

δ Obésité.

3° Les hernies de l'adulte n'ont pas de tendance à guérir spontanément, parce que l'anneau est fibreux.

(A suivre.)

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 19 9 Mai 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

CLINIQUE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. LE PROFESSEUR FOURNIER

L'herpès.

Leçon recueillie et publiée par M. E. Emery, interne du service.

(Suite et fin.)

TRAITEMENT

De ce qui précède, il ressort encore tout naturellement que les indications thérapeutiques auxquelles peut donner lieu l'herpès sont essentiellement variables suivant les cas.

Tantôt l'herpès n'a besoin que d'un traitement local. Alors qu'il dérive d'une cause accidentelle, non sujette à récidive, il n'a que faire évidemment d'une médication générale.

Et tantôt, il réclame de toute nécessité, avec le traitement local, une médication générale, s'adressant à la cause dont il dérive.

Parlons d'abord du traitement local.

Dans tous les cas, ce traitement doit être des plus simples.

Fort souvent même, tout traitement est superflu. C'est ainsi que l'herpès cutané discret abandonné à lui-même guérit tout aussi bien et tout aussi vite que par n'importe quelle médication locale.

Citons comme type l'herpès des lèvres. Rien à faire contre cette variété, aussi bien que pour toute autre semblable.

On a proposé de percer les vésicules, de les cautériser, pour hâter la guérison. Traitement illusoire.

Toute action directe sur les vésicules est absolument inerte comme résultat, et souvent irritante (Hébra).

Quant à la cautérisation au nitrate d'argent ou aux attouchements avec d'autres topiques, ce sont là des pratiques qui n'aboutissent qu'à provoquer une excitation locale, du gonflement, et qui prolongent bien plutôt qu'elles n'abrègent la durée de cette affection.

Une seule recommandation à faire aux malades, c'est de ne pas tourmenter la lésion avec les ongles, de ne pas arracher les croûtes prématurément, ce qui provoque des excoriations suivies de la formation de nouvelles croûtes, etc.

Si l'herpès cutané à tendance croûteuse demande toujours à être respecté et se trouve mieux de l'expectative que de tout autre traitement, il n'en est plus de même de l'herpès des muqueuses. Celui-ci est une érosion et, comme toute érosion, comme toute plaie, réclame un pansement protecteur (quand ce pansement est possible).

Tel est le cas de l'herpès génital, par exemple. Que faire à cet herpès ?

Le moins possible, de par l'expérience acquise aujourd'hui; et, à ce point de vue, les malades sont d'excellents juges. Que de fois, pour ma part, n'ai-je pas entendu des malades affectés d'herpès génital et experts en la matière, me dire : « J'ai fait cent traitements pour mon herpès, de tout genre ; l'un ne vaut pas mieux que l'autre, et de simples lotions suivies d'un pansement à la charpie ou l'ouate me guérissent tout aussi bien que les poudres, les pommades, les solutions qu'on m'a prescrites. » Telle est l'exacte vérité.

Donc, se borner à ceci :

Soins d'hygiène, lotions répétées deux ou trois fois par jour, soit avec de l'eau simple, soit de l'eau additionnée d'un alcoolat quelconque (eau de Cologne, par exemple) ; ou bien encore, pour exercer une action légèrement astringente, avec une décoction de roses rouges, eau blanche, eau coupée de vin aromatique.

Après chaque lotion, pansement avec tampon d'ouate ou de charpie interposé entre gland et prépuce ou entre les lèvres vulvaires.

Quelque poudres desséchantes peuvent être encore prescrites pour saupoudrer les érosions : calomel, oxyde de zinc, bismuth, talc, préférables à la poudre d'amidon, qui

se mouille facilement, « fait pâte », comme disent les malades et irrite parfois les érosions.

Cela, aidé de quelques bains, suffit plus qu'amplement à la guérison.

Ajoutons un simple conseil négatif : s'abstenir de toute cautérisation, bien que recommandée par quelques médecins ; quelquefois douloureuse, irritante, elle est toujours inutile et n'abrège en rien la durée.

A la bouche, dans l'intérieur de la cavité buccale, où tout pansement est nécessairement inapplicable, un tout autre traitement doit être conseillé :

Gargarismes émollients dans la première période, alors qu'existent quelques signes inflammatoires et, plus tard, gargarismes légèrement astringents. Collutoire horaté.

Ici, au contraire, la cautérisation légère au nitrate d'argent est souvent très utile. Rien d'agaçant, vous le savez, comme la présence de petites excoriations de la cavité buccale, spécialement sur la langue. Or, en maintes circonstances, il suffit de passer légèrement le crayon sur ces petites plaies pour faire disparaître aussitôt la sensation gênante qui les accompagne.

Enfin, quelques mots sur le traitement de l'herpès confluent génital.

Alors que l'herpès revêt la confluence excessive dont j'ai parlé il devient une lésion locale importante :

Par les douleurs, les cuissons qu'il détermine ;

Par la réaction inflammatoire qu'il exerce sur les parties voisines ;

Par les troubles généraux qu'il peut provoquer.

Il réclame donc une attention particulière. Quel traitement lui opposer ? Ceci :

1° Repos absolu ;

2° Bains tempérants, tièdes, rendus émollients par addition d'amidon ;

3° Pansements isolants, à l'aide de poudres desséchantes : oxyde de zinc, talc, en aspersion abondante sur toute l'étendue des excoriations.

Quelquefois, telle est la susceptibilité inflammatoire, l'éréthisme local des parties, que les poudres deviennent insupportables, et même que tout agace, tout semble nuire. Force est alors de tâter un peu la tolérance de la maladie et d'essayer, pendant les premiers jours, de divers topiques :

De simples applications de compresses imbibées d'eau froide sont parfois ce qui soulage le mieux ;

D'autres fois, les malades se trouvent bien de cataplasmes de fécule froids, ou d'onctions de cold cream, de cérat opiacé ;

D'autres fois, les aspersions d'amidon sont seules tolérées, puis, après quelques jours, revenir au traitement usuel par les poudres isolantes.

4° Enfin, il est nécessaire, en quelques cas, de combattre l'état nerveux par quelques calmants : bromure, opiacés, lavements laudanisés, etc., chlorate, injections de morphine.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Un traitement général n'est indiqué pour l'herpès que dans les cas où des récidives plusieurs fois répétés attestent d'une façon évidente que la lésion se produit sous l'influence d'une cause intermittente, d'une disposition constitutionnelle.

Mais aussi bien se présente indiquée la nécessité d'un traitement général, aussi bien la nature de ce traitement est difficile à préciser.

Que faire ?

Rechercher d'abord par un examen minutieux de l'état du malade, de ses affections antérieures, de son aptitude morbide, de son tempérament, de sa prédisposition héréditaire, quel est le vice constitutif qui peut tenir l'herpès sous sa dépendance.

Et alors, si l'arthritisme semble pouvoir être mis en cause, prescrire les alcalins, les eaux bicarbonatées sodique, eaux alcalines.

En plusieurs cas de ce genre, divers médecins disent avoir réussi à couper court à la reproduction de certains herpès récidivants.

Au contraire, si la dartre peut être invoquée comme cause, recourir à l'arsenic et aux sulfureux.

Des exemples de guérison ont été produits par l'emploi de ces deux moyens.

C'est surtout aux eaux minérales que l'on doit, assure-t-on, le plus grand nombre de succès en pareil cas. Le docteur Doyon, qui a fait de l'herpès récidivant une étude si consciencieuse, affirme avoir obtenu plusieurs guérisons soutenues par l'emploi des eaux d'Uriage (intra et extra), et je dois également à ces eaux plusieurs succès. D'autres eaux analogues ont été recommandées (Saint-Gervais, Luchon, Schinznach, etc).

Mais force est d'ajouter qu'en nombre de cas ces divers traitements (alcalins, arsenic, sulfureux) et tant d'autres que je passe sous silence (hydrothérapie, dépuratifs de tout genre), administrés avec persévérance n'ont abouti qu'à d'absolus revers. Il est des cas rebelles à tout, cela n'est que trop démontré. Il est des cas où la disposition ne fait que s'user par le temps, en restant rebelle à tous les moyens curatifs usités jusqu'à ce jour.

En face des insuccès presque constants des méthodes anciennes, ne serait-il pas opportun actuellement de tenter quelque chose de nouveau, de s'engager dans des voies nouvelles ? C'est ce qu'a pensé M. le Pr Verneuil, et, avec son ingéniosité habituelle, il a proposé une méthode thérapeutique qui aurait pour visée de modifier le territoire sur lequel se produisent usuellement les récidives de l'herpès, d'y détruire, d'y anéantir le grain herpétigène.

Dans un cas où des poussées d'herpès récidivant cataménial avaient coutume de se reproduire chaque mois sur la région du cou, il a pratiqué des injections d'éther iodoformé à 5 0/0 (1/2 seringue de Pravaz pour chaque injection) sur le territoire habituel occupé par l'éruption. A dater de cette époque, l'herpès, qui depuis deux ans s'était produit 24 fois, à chaque époque des règles, cessa subitement de se manifester et fit défaut aux quatre époques suivantes.

Il n'est donc pas contestable, tout au moins il est peu contestable, que la méthode ait exercé, en ce cas, un effet thérapeutique.

Je ne sache pas que cette méthode ait été soumise à de nouveaux essais. Elle offre cependant une ressource qui n'est pas à dédaigner, et je ne manquerai pas, pour ma part, le cas échéant, d'y avoir recours.

L'hygiène occupe une large place dans le traitement des

herpès récidivants. Car on sait que les explosions de ces herpès, pour être spontanées le plus souvent, obéissent à nombre de causes d'appel, de sollicitations les plus diverses. Ces causes. sur lesquelles chaque malade est bien renseigné au bout d'un certain temps, le bon sens dit qu'il convient de les écarter, et l'expérience confirme les prévisions du bon sens.

Donc, relativement à l'herpès buccal, on proscrira les excitants buccaux, et en première ligne le tabac, puis l'alcool, les liqueurs, voire le vin pur. On proscrira de même une alimentation trop excitante, les mets épicés, etc. Et surtout on s'abstiendra (sauf urgence) du mercure, car très certainement l'excitation mercurielle de la bouche favorise, active et multiplie les poussées d'herpès buccal, ainsi que j'ai eu l'occasion de m'en convaincre plusieurs fois.

De même pour l'herpès génital, on s'efforcera de proscrire, dans la mesure du possible, toutes les causes d'excitation auxquelles succèdent fréquemment les récidives, telles que fatigues excessives, veilles, abus de table, abus des alcools, etc., etc. De toutes ces causes, on le sait, la plus active est le coït, et c'est aussi, bien entendu, celle à laquelle renoncent le plus difficilement les malades. On prescrira donc une certaine modération dans les rapports sexuels, sans exiger toutefois la continence absolue, et cela pour deux raisons, parce que d'abord ce serait prêcher dans le désert et parce qu'en second lieu la continence absolue (comme cela résulte de l'expérience) est elle-même une cause d'herpès. Ainsi que l'a fort bien dit M. Diday, l'excès seul est nuisible aux sujets et cela dans un sens ou dans l'autre. On tâchera surtout d'obtenir d'eux une certaine stabilité de leurs relations amoureuses, puisque c'est encore un résultat d'expérience que la mobilité leur est essentiellement préjudiciable.

M. Hardy, MM. Diday et Doyon donnent la vie de ménage avec fidélité conjugale comme la meilleure prophylaxie de l'herpès. Puisque c'est là un traitement aussi médical que moral, nous serions mal venus à ne pas le prescrire à nos malades.

Enfin, le médecin ne doit pas oublier qu'il a un rôle moral à remplir vis-à-vis de ceux de ses clients qu'il ne peut guérir; celui de les préserver du découragement, de l'hypocondrie, de folles terreurs auxquels peut conduire la persistance de cette légère infirmité.

C'est là un point qu'il me suffira de signaler.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine (1).

Par M. F. de Ranse.

Il est peu de maladies dont la symptomatologie soit généralement plus nette, mieux définie que celle de l'angine de poitrine, et dont cependant la nature ou la pathogénie ait donné lieu à autant de discussions. M. Huchard, qui a pris la peine de relever les différentes théories émises à ce sujet, n'en a pas compté moins de 36.

Cette diversité d'opinions tient sans doute à ce que l'angine de poitrine est moins une maladie à proprement parler, une entité morbide, qu'un syndrome lié à différents états pathologiques. On peut dire qu'il y a, non une angine. mais des angines de poitrine. Si, dans le titre de cette note, j'ai maintenu une angine de poitrine à côté de pseudo-angines, c'est pour mieux marquer la place de la variété d'angine à laquelle convient le nom d'angine vraie, d'*angina major* qui, au point de vue des symptômes, sert de type à toutes les autres et cliniquement, en raison de sa gravité extrême, doit, plus qu'aucune, fixer l'attention du praticien. C'est la forme *organique* de Friedreich, celle qui s'accompagne d'altérations organiques du cœur et des gros vaisseaux, dans la production desquelles l'artériosclérose joue un rôle si important.

Le groupe des pseudo ou fausses angines, *angina minor*, forme *dynamique* de Friedreich, *cardiacalgies* de M. G. Sée, comprend les cas où le syndrome angine de poitrine est ou *paraît* indépendant d'altérations organiques du cœur ou des gros vaisseaux. Je dis *paraît*, parce que, au lit du malade, la ligne de démarcation entre l'angine vraie et les fausses angines est loin d'être toujours nettement tranchée. L'absence de signes de lésions du côté du cœur ou des gros vaisseaux n'implique pas toujours que ces lésions n'existent pas, du moins à leur début, et ne tiennent pas sous leur dépendance les accès d'*angor pectoris*. Sous ce rapport, il est possible que quelqu'un des malades que j'ai classés parmi les pseudo-angineux ait succombé ou succombe plus tard à un accès d'angine vraie. Par contre, il en est d'autres qui ont manifestement de l'artériosclérose. avec lésions aortiques, et pour lesquels l'ancienneté et la marche des accès excluent l'idée de l'*angina major*. Je citerai comme exemple celui d'une dame âgée d'une cinquantaine d'années, qui a fait plusieurs saisons à Néris pour des névralgies thoraco-brachiales du côté gauche. Ces névralgies sont devenues le point de départ, comme une sorte d'*aora*, d'accès angineux nettement caractérisés. La malade, artérioscléreuse, présente les signes d'une lésion aortique constatée par un de nos collègues de cette Académie; or, d'après la marche chronologique des symptômes, il est impossible de rattacher à cette lésion les accès angineux; ils sont évidemment d'ordre réflexe et sous la dépendance de la névralgie périphérique.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés de diagnostic, peut-être moins rares qu'on ne pense, les cas d'angine vraie doivent être séparés cliniquement des cas de fausses angines. Au point de vue spécial de thérapeutique qui nous occupe, cette distinction a une grande importance; car, s'il m'est permis d'être très affirmatif sur les bons effets du traitement hydrominéral dans les pseudo-angines, tout le monde comprendra ma réserve quand il s'agit de l'angine vraie.

On trouve dans les auteurs très peu de documents sur le traitement hydrominéral des angines de poitrine. La plupart gardent sur ce point le silence. D'autres se bornent à dire, d'une manière générale, que les malades pourront faire usage des eaux minérales appropriées à l'état morbide dont les accès angineux paraissent dépendre. Axenfeld et Huchard, dans le *Traité des névroses*, sont plus précis : « Parmi les stations hydrominérales, disent-ils, il n'en existe pas qui s'adresse directement aux accès d'angine de poitrine. Cependant, contre l'état nerveux, qui est si souvent la cause et l'origine de ces accès, les eaux sédatives de Néris pourraient produire de bons résultats; il est inutile, sans doute, de recommander la plus grande prudence dans l'application de ce traitement hydriatique. »

M. Huchard, dans son important travail sur les *Angines de poitrine*, publié en 1883, mentionne de nouveau les eaux de Néris comme étant spécialement indiquées dans les formes d'origine nerveuse ou névropathique.

Une pratique de plus de vingt années à Néris me permet d'apporter à l'opinion des auteurs du *Traité des névroses* la confirmation des faits.

Le nombre des malades que j'ai observés est de 65, dont 38 appartenant au sexe masculin et 27 au sexe féminin. Plusieurs de ces malades ont fait deux, trois, et même quatre saisons con-

(1) Travail lu à l'Académie de médecine (séance du 21 avril 1896).

sécutives ou interrompues par une année de repos. Je ne saurais, sans donner un développement exagéré à ce travail et fatiguer l'attention de l'Académie, reproduire ici l'observation de chacun d'eux ; je me bornerai, après les avoir groupés d'après la nature ou l'origine probable des symptômes angineux, à faire ressortir les principaux résultats obtenus dans chacun de ces groupes.

Mes 65 observations comprennent 2 cas d'angine vraie et 63 cas de fausses angines. Parmi ceux-ci, quelques-uns peut-être, ainsi que je l'ai dit plus haut, se rapprocheraient plutôt de l'*angina major*, tels certains cas d'angine tabagique ou d'origine goutteuse, tel encore un autre cas où la malade, neurasthénique, présentait concurremment des signes d'artériosclérose. Mais dans ces cas, l'ancienneté des accidents, la fréquence et la bénignité relative des accès, enfin la rapidité et la persistance de l'amélioration obtenue m'ont fait écarter l'idée d'une maladie aussi grave que l'angine de poitrine vraie.

Les 63 cas de pseudo-angines se décomposent de la manière suivante :

36 cas d'origine nerveuse ou névropathique, dont 3 liés à l'hystérie, 29 à la neurasthénie, 2 à la maladie de Basedow, 2 au tabes ;

6 cas d'origine réflexe, dont 2 liés à une affection de l'estomac, 3 à des névralgies brachiales ou thoraco-brachiales, 1 à un névrome du moignon du bras gauche ;

16 cas d'angine neuro-arthritique ou simplement arthritique ;

5 cas d'origine infectieuse ou toxique, dont 2 liés au paludisme et 3 au nicotisme.

Je reprends maintenant les différents groupes.

I. Angine vraie. — De deux cas que j'ai observés le premier pouvait passer pour un cas typique d'*angina major*. Le malade, âgé de soixante ans, goutteux, artério-scléreux, était arrivé à une période avancée de la maladie. Les accès étaient devenus fréquents et survenaient sous l'influence de la moindre fatigue, du plus léger effort. Le malade évitait avec soin de monter un étage ou de gravir le plus petit monticule ; il faisait lentement de courtes promenades sur un terrain plat ; il est des jours où il ne pouvait s'habiller seul sans ressentir les premiers symptômes ou tout au moins l'appréhension angoissante d'un accès. Sous l'action de bains tempérés, d'abord très courts, de 2 à 5 minutes, prolongés ensuite graduellement jusqu'à 15 ou 20 minutes, pris constamment sous la surveillance du médecin, une détente se produisit, les accès devinrent moins fréquents, le malade put faire des promenades plus longues, son moral se remonta. Cette amélioration, ce bien-être relatif durèrent deux ou trois mois. Dans le cours de l'hiver suivant, le malade succomba subitement à un accès.

Le diagnostic d'*angine vraie* ne s'imposait pas chez le second malade au même titre que chez le précédent. C'était un homme d'une cinquantaine d'années, rhumatisant d'ancienne date, d'apparence chétive. Les accidents angineux remontaient à deux ans environ. Après la marche, d'autres fois après les repas, il était pris de douleurs cervico-thoraciques qui dégénéraient bientôt en un véritable accès d'angine de poitrine. Il fit une première cure à Néris, et s'en trouva si bien que, l'année suivante, il revint en faire une autre. J'ignore si les résultats de celle-ci furent aussi satisfaisants. J'ai appris que, deux ans environ après, le malade était mort subitement.

Quelque théorie que l'on professe pour expliquer les rapports des lésions de l'aorte ou des artères coronaires avec l'accès d'angine de poitrine, qu'on fasse intervenir ou non primitivement ou secondairement le plexus cardiaque, il n'en est pas moins vrai que le système nerveux joue un rôle important dans la pathogénie de l'accès angineux. C'est ainsi qu'il est facile de comprendre l'amélioration temporaire survenue dans les deux cas précédents, sous l'influence de la cure hydrominérale. Mais on comprend non moins facilement que cette cure devait rester sans action sur les lésions produites, sur leur marche progressive, par suite sur l'aggravation des symptômes et la terminaison fatale. Il en est autrement dans les cas de pseudo-angines, surtout dans ceux qui sont d'origine névropathique. Ici le système nerveux joue un rôle prédominant, sinon exclusif et l'action sédative des eaux de Néris reprend toute sa puissance.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai. — Présidence de M. Monod.

A propos de la lecture de la correspondance, M. le secrétaire général communique une observation de **M. Delagénière** (*de Tours*), sur un cas de septicémie aiguë guérie par les injections du sérum antistreptococcique de M. Roger. Cette observation est remise à l'examen d'une commission dont M. Nélaton est nommé rapporteur.

M. le président annonce à la Société la mort de M. Boiffin (de Nantes).

Diagnostic et traitement de la lithiase de la vésicule biliaire.

(Suite de la discussion.)

M. Michaux. — Il est évident que la discussion actuelle porte uniquement sur l'intervention chirurgicale dans *la lithiase de la vésicule biliaire* et de la vésicule biliaire seule. La lithiase de la vésicule est, en effet, de beaucoup la plus fréquente. On voit moins souvent des calculs dans le cholédoque. On voit moins souvent encore des calculs intra-hépatiques.

M. Tuffier a traité, dans sa récente communication (Voir *Gazette Médicale* du 21 mars 1896), à la fois le *diagnostic* et le *traitement chirurgical* de cette lithiase vésiculaire.

Je veux être bref sur le premier de ces deux points. Je dirai seulement que ce diagnostic présente parfois de réelles difficultés. J'ai déjà établi, d'ailleurs, dans d'autres communications sur ce sujet, les différentes modalités cliniques que pouvait affecter la vésicule biliaire pleine de calculs. Elle peut se présenter par exemple avec le syndrôme d'une hernie crurale étranglée. D'autres fois, on se trouve en présence d'une vésicule biliaire distendue (ce qui est rare, étant donné que la vésicule biliaire calculeuse a plutôt tendance à se rétracter). Dans ces dernières conditions, la vésicule peut venir se fixer en avant du rein et donner l'illusion d'une tumeur rénale. D'autres fois, enfin, et j'en ai vu un cas, un calcul vésiculaire migre à travers les parois de la vésicule, vient dans la fosse iliaque droite, s'y entoure de graisse, et finalement, la vésicule semble être divisée en deux parties : l'une hépatique, l'autre iliaque, réunies entre elles par un petit canal. Il y a donc, pour conclure, de réelles difficultés dans le diagnostic de la lithiase de la vésicule.

Mais la grosse question réside évidemment dans la thérapeutique chirurgicale de cette affection. M. Tuffier a apporté dans sa communication treize cas de lithiase vésiculaire opérés par la *cholécystostomie*. C'est là, j'en conviens, l'opération que l'on pratique le plus fréquemment, surtout si l'on réfléchit que la *cholécystotomie* est confondue, dans la pratique, avec la *cholécystostomie*. Sur ses treize cas, M. Tuffier a eu trois morts dont une seule, nous a-t-il dit, doit être imputée à des accidents opératoires. D'où M. Tuffier conclut que la *cholécystostomie* est, en pareille matière, l'opération de choix.

A l'inverse de M. Tuffier, j'ai presque toujours traité la lithiase de la vésicule biliaire par la *cholécystectomie*, c'est-à-dire par l'extirpation pure et simple de la vésicule. Depuis 1889, j'ai fait douze fois cette extirpation. Encore n'ai-je fait que dix fois l'extirpation simple de la vésicule, en liant le moignon au niveau du canal cystique. Deux fois, en effet, après avoir extirpé la vésicule, j'ai reconnu dans le cholédoque la présence de calculs, et

j'ai compliqué la *cholécystectomie* par une *cholédocotomie* secondaire. Sur mes douze opérés, j'ai eu trois morts : deux morts après la cholécystectomie simple, une mort après la cholécystectomie compliquée de la cholédocotomie qui avait aggravé l'opération.

Mais je veux donner quelques explications sur ces trois morts. Une de mes malades était une femme de 70 ans. C'est cette malade qui présenta tout d'abord le tableau de la hernie crurale étranglée. Je ne pus faire, chez elle, le diagnostic que par l'examen sous le chloroforme. C'était une femme âgée, fatiguée, déjà infectée par des accidents antérieurs. Il n'y a rien d'étonnant qu'elle ait succombé. Une autre malade était une femme de 49 ans, dans un état de santé plus satisfaisant que la précédente. Mais je l'ai opérée pendant les vacances dans le service de M. Marchand, à l'hôpital Saint-Louis, à un moment où j'avais la surveillance de quatre importants services de chirurgie, et où je ne pouvais donc donner moi-même à mes opérés tous les soins que leur état nécessitait. Enfin, je vous ai déjà donné l'explication de la mort de mon troisième malade. Tous mes autres opérés ont parfaitement guéri, et maintenant, surtout, que je commence à être familiarisé avec la pratique de la cholécystectomie, je redoute de moins en moins cette opération.

Cela ne veut pas dire que je rejette la cholécystostomie, loin de là. Je l'ai pratiquée trois fois, mais toujours chez des malades fatigués, dont la vésicule présentait des adhérences. J'admets, en effet, qu'il y a certaines indications spéciales à la cholécystostomie. Cependant, deux de ces malades sont mortes rapidement et je ne trouve pas de ce fait, en ce qui me concerne, dans la cholécystostomie, des éléments statistiques comparables à ceux que m'a fournis la cholécystectomie.

Et pourtant la question posée par M. Tuffier est bien nette : devant une malade atteinte antérieurement d'accidents de colique hépatiques si l'on arrive, non point à sentir une tumeur sous le rebord costal droit, car le vésicule déborde, en général, à peine le thorax et le foie, mais si l'on arrive à déterminer une douleur et à reconnaître une masse indurée en un point correspondant au bord externe du grand droit, sous lequel la vésicule biliaire se trouve toujours placée, dans ces conditions, faut-il faire l'extirpation de la vésicule ou bien l'ouvrir et la fixer ou non à la paroi abdominale ?

Je ne voudrais pas reprendre ici le brillant exposé de la question que nous a donné récemment M. Terrier. Il me semble néanmoins que la cholécystostomie est, de prime abord, l'opération la plus facile. Rien n'est plus simple, en effet, que d'arriver sur la vésicule et de la voir pour l'ouvrir après. Mais c'est précisément ici que commencent, à mon avis, les difficultés. Et, d'abord, il arrive souvent que la vésicule, de consistance faible, se laisse déchirer soit par les pinces, soit par les fils à ligature. Puis, l'extraction des calculs peut être rendue difficile par une incision trop petite des parois de la vésicule, d'autant plus difficile même que, souvent, les calculs sont enchatonnés dans les parois de la vésicule. Hartmann a bien montré cette disposition. Vous concevez que, dans ces conditions, même le fait de broyer ces calculs ne diminue guère les difficultés opératoires. Aussi bien ne sont-elles pas davantage diminuées quand les calculs sont remontés au delà des premières valvules du canal cystique. Autre difficulté : souvent la vésicule est rétractée et sa fixation à la paroi devient presque impossible.

Pour toutes ces raisons donc, la cholécystostomie ne me paraît pas être une opération de première facilité. Et il me semble que que la cholécystectomie présente déjà, au point de vue opératoire seul, de grands avantages, surtout si l'on a la chance d'avoir avec soi un aide adroit, connaissant bien l'opération et sachant bien relever le foie. Il suffit alors de détacher le péritoine viscéral sur une ligne en arc de cercle. On détache ainsi la vésicule sans léser le parenchyme hépatique et l'on arrive enfin sur le pédicule cystique.

Mais quelle est la plus avantageuse des deux opérations ? Tuffier et moi, nous avons, en somme, à peu près le même nombre d'opérés et le même nombre de morts. D'autre part, si je fais l'addition des faits présentés autrefois au Congrès de chirurgie, je vois que M. Terrier a fait huit fois la cholécystectomie, dont sept guérisons et une mort; M. Terrillon l'a faite deux fois, dont deux guérisons ; M. Michaux deux fois, dont deux guérisons ; M. Quénu une fois, dont une guérison. En définitive, treize opérations et une seul mort. Ce sont là des faits rapportés par des chirurgiens français et qui méritent toute notre foi. Par contre, dans ce même Congrès, M. Terrier a communiqué trois cholécystostomie, dont une mort, M. Terrillon a communiqué huit, dont une mort, et M. Beckel cinq, dont trois morts ; total (y compris mes deux opérations) : dix-huit opérations, dont cinq morts. Voilà un chiffre, n'est-il pas vrai, qui grève considérablement la statistique de la cholécystostomie.

Donc, sans vouloir faire de la statistique à outrance, il me paraît démontré, d'après la seule pratique française considérée déjà à l'époque de ce Congrès, que la cholécystostomie est une opération plus grave que la cholécystectomie. Je ne crois donc pas juste de dire, aujourd'hui, que la cholécystostomie soit une opération plus bénigne que la cholécystectomie.

Maintenant, je formulerai les mêmes conclusions si j'en viens à considérer les résultats éloignés des deux opérations. La cholécystectomie, en supprimant totalement la vésicule, supprime toute espèce de cause de douleur. Il y a sept ans que mon premier malade a été opéré et il se porte aujourd'hui aussi bien qu'autrefois. Dans la cholécystostomie, il y a pour plus tard un gros inconvénient que M. Tuffier a eu la chance de ne pas subir : ce sont les fistules persistantes. M. Tuffier dit ne les avoir vu durer que pendant quatre ou cinq mois. Pour moi, je les ai vu durer plus longtemps. Dans les observations que j'ai consultées, ces fistules ont duré six mois, un an et même deux ans. D'ailleurs, moi-même, j'ai vu cette fistule se produire après la cholécystectomie; je ne m'en cache pas. Calot, dans sa thèse, a donné dix cas de fistules sur quarante opérations. Cette fréquence des fistules paraissait due à ce que le fil, mis sur le pédicule cystique, lâchait prise le troisième jour généralement après l'opération. Instruit de ces faits, j'ai apporté un soin très grand à la ligature de ce pédicule; je n'en ai pas moins eu un cas de fistule qui a duré huit mois. Ces fistules sont des accidents graves. Elles obligent d'abord les malades à porter longtemps d'énormes pansements. Les malades dépérissent; enfin, elles courent autant de risques de s'infecter par cette voie.

Reste enfin, toujours au point de vue des résultats éloignés, une dernière objection théorique, il est vrai, à faire à la cholécystostomie. C'est pour les cas où, celle-ci ayant été insuffisante, on a été obligé de la compléter, plus tard, par la cholécystectomie.

En résumé, j'ai dit pourquoi je préférais pratiquer la cholécystectomie. Et je répète que je ne suis pas un ennemi de la cholécystostomie, mais je réserve cette opération pour les sujets âgés et déjà épuisés.

M. Broca. — J'ai recueilli trois observations fort analogues à celles dont M. Tuffier nous a récemment entretenus. L'une d'elles, en particulier, concerne une femme chez laquelle la tumeur due à la vésicule ressemblait à un rein mobile : le diagnostic exact fut porté par mon ami Hartmann qui, après avoir fait refouler par un aide la tumeur en haut et à gauche, put sentir par le ballottement l'extrémité inférieure du rein droit ; le liquide, eau de roche, fut analysé par M. Winter qui n'y trouva pas de pigments biliaires. Dans un autre cas, qui remonte à 1890 et est relaté dans la thèse de Calot, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse suppurée, que certains cliniciens avaient prise pour un kyste hydatique du foie.

J'admets donc, avec M. Tuffier, que le diagnostic de la lithiase, limité à la vésicule, n'est pas toujours très facile. Je signalerai

encore la possibilité d'une erreur avec certaines cholécystites non calculeuses, ayant causé des adhérences de la vésicule au côlon : récemment j'ai opéré une dame de 45 ans, chez laquelle, après avoir libéré ces adhérences, je n'ai pas trouvé trace de calculs. L'opération, aujourd'hui guérie, est trop récente pour que je puisse parler de résultat thérapeutique.

Chez cette malade je n'ai pas ouvert la vésicule. Chez les trois autres, après avoir senti un calcul obstruant le col, j'ai pratiqué la cholécystectomie et j'ai eu trois résultats excellents à longue échéance : aujourd'hui, je vois encore de temps à autre la malade que j'ai opérée en septembre 1893 et elle n'a plus jamais souffert. Par la cholécystectomie, même dans un cas où le bacterium coli infectait la vésicule suppurée, je n'ai eu aucun revers, et, lorsqu'après la laparotomie elle paraît aisée à pratiquer, je crois que c'est la méthode de choix, car elle met sûrement à l'abri de la récidive.

Je crois aussi que M. Michaux exagère l'importance de la fistule biliaire. Celle-ci n'est redoutable que lorsqu'il y a calcul du cholédoque. Quant à la fistule de la vésicule seule, je crois que c'est une rareté. Mon argument, enfin, en faveur de l'ablation de la vésicule, c'est que celle-ci est, comme on l'a dit, le *véritable laboratoire des calculs biliaires*.

Sur un cas de luxation ischiatique de la hanche traité par la décapitation du fémur. Cause d'irréductibilité exceptionnelle de ces luxations.

M. Delorme signale un fait de cette nature dans lequel il a d'abord tenté la réduction sous le chloroforme. Puis, il a fait une incision parallèle au grand fessier et longue de 15 centimètres. La tête étant ainsi mise à découvert, on a constaté qu'un tendon peu large, et qui ne pouvait être que celui de l'obturateur interne, croisait en arrière la tête et le col, au lieu de s'interposer entre la tête et la cavité.

Cette tête était logée dans une cavité nouvelle. Toutes les tentatives de réduction échouèrent : abrasion de la cavité, section de la capsule au-dessus et au-dessous du col, section des insertions trochantériennes. Mais l'opérateur reconnut bientôt la cause de cette irréductibilité. C'était un pont osseux réunissant la base du col à la partie inférieure de la cavité cotyloïde. Ce pont osseux fut rompu et alors la réduction se fit facilement.

Ainsi donc, la décapitation fémorale, l'abrasion de la capsule étaient demeurées insuffisantes, il fallut encore l'abrasion d'un pont osseux ilio-fémoral.

Le résultat immédiat de cette opération a été excellent, mais le lendemain soir, le malade est mort des suites d'un accès pernicieux. C'était un militaire venu du Tonkin ; deux de ces compagnons, présentant le même aspect extérieur, sont morts peu de temps après, de la même façon. Donc, le malade n'est pas mort d'infection.

M. Delorme se demande s'il ne vaudrait pas mieux, dans des cas de ce genre, pratiquer l'ostéotomie sous-trochantérienne. Il signale qu'un cas presque semblable a été rapporté par Harris, cas dans lequel le pont osseux se rendait au sourcil cotyloïdien. M. Delorme présente enfin la discussion sur la valeur comparative de l'arthrotomie avec incision antérieure ou de la résection avec incision postérieure.

La discussion sur cette question est renvoyée à la prochaine séance.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. — Décollement de la vésicule biliaire. — Laparotomie, guérison.

M. Faure remet l'observation d'un sujet atteint d'une contusion de l'abdomen. Il se présente avec de l'hypothermie, des ralentissements du pouls. La laparotomie montre, dans la région gastro-hépatique, une forte hémorrhagie d'abord, puis une vésicule biliaire distendue et décollée de la surface hépatique à laquelle elle ne tient plus que par un lambeau péritonéal.

Le foie présente une surface saignante au niveau du bord inférieur, un vaisseau est rompu dont on voit le sang sortir par jets. Ce vaisseau présente le diamètre d'une coronaire. C'est lui qui est la cause de l'hémorrhagie. On met sur ce vaisseau une pince à forcipressure à demeure.

On tamponne la surface hépatique. Le soir et le lendemain de l'opération, amélioration considérable : pouls plus fréquent, température plus élevée. Au bout de 48 heures, sortie de la pince sans accident. Bref, le malade a rapidement guéri, en dehors d'une petite complication de hernie de l'intestin, qui se montra lorsque les fils furent enlevés, mais qui fut aussitôt traitée comme il convenait.

Cette observation est renvoyée à une commission dont M. Walther est nommé rapporteur.

Endométrite fétide des femmes âgées.

M. G. Maurange. — Pour la quatrième fois, en six ans, j'ai eu l'occasion d'observer un cas d'endométrite fétide, chez une femme ayant dépassé la ménopause. L'affection, survenue six mois auparavant, en pleine santé, chez une multipare de 62 ans ayant eu à 47 ans une ménopause régulière, était caractérisée par un écoulement purulent d'une horrible fétidité, se faisant à intervalles irréguliers par de véritables décharges précédées d'une période plus ou moins prolongée de vives douleurs dans le bas-ventre et les reins. En même temps il y avait de l'amaigrissement, une diminution générale des forces, un aspect cachectique.

Au toucher, on trouvait le col boursouflé, volumineux et mobile, le corps augmenté de volume et douloureux à la pression, les culs-de-sac libres, le vagin très enflammé. Au spéculum on constate que la muqueuse vaginale est d'une coloration rouge foncée, et comme granuleuse. L'introduction de l'hystéromètre, très douloureuse, donne une profondeur de 8 centimètre 1/2 ; en le retirant il s'écoule par le museau de tanche un pus sanieux, d'une horrible fétidité.

Il s'agissait là, bien évidemment, de l'un de ces cas d'endométrite fétide dont j'ai donné la description clinique et anatomo-pathologique dans deux mémoires antérieurs (1). Un traitement simple fut institué : dilatation de l'orfice du col, désinfection de l'endomètre à la glycérine créosotée, tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité utérine et du vagin, et après quelques pansements la malade a recouvré son état de santé antérieur.

L'intérêt de ces faits est de mettre en garde contre une erreur possible de diagnostic avec le cancer utérin, erreur qui a été commise par des gynécologistes éprouvés. Il existe, en effet, des cas — et j'en ai cité — où il ne manque rien au tableau clinique du cancer, pas même l'hémorrhagie, et dans lesquels seul l'examen histologique peut conduire à un diagnostic exact.

Il paraît donc nécessaire de faire désormais le diagnostic différentiel du cancer utérin — qui n'est, du reste, pas si fréquent après la ménopause — avec l'endométrite sénile et spécialement avec la variété que nous avons proposé d'appeler *endométrite fétide des femmes âgées*.

Présentation de malades.

M. Delorme présente un malade atteint de fracture de rotule avec un écartement de 6 centimètres. Il a voulu l'opérer par le procédé de Saissy. Il n'a pas pu obtenir moins de deux centimètres d'écartement. Puis, les fils se sont coupés sous l'influence des mouvements de flexion et aujourd'hui le malade se présente dans le même état qu'avant l'opération.

(1) G. MAURANGE : Endométrite fétide des femmes âgées (*Presse méd.*, 25 janvier 1895). — Endométrites séniles (*Gaz. hebd.*, 25 septembre 1895).

M. Lucas-Championnière fait remarquer, ainsi qu'il l'a dit et répété déjà bien des fois, qu'il faut savoir mobiliser tôt les opérés pour fracture de rotule, mais qu'il ne faut pas leur faire faire de grands mouvements de flexion. Si on laisse, de bonne heure, leur jointure libre, elle aura assez de souplesse, plus tard, pour faire d'elle-même, progressivement, tous les mouvements dont elle est capable. M. Lucas-Championnière recommande, en outre, de faire une incision de la peau curviligne à grand lambeau supérieur qui se relève et découvre ainsi le rotule.

M. Quénu cite le cas d'un prêtre qu'il a opéré en suivant les préceptes de M. Lucas-Championnière et qui a aujourd'hui recouvré tous les mouvements de son genou.

Présentation de photographies obtenues par les rayons Rœntgen.

M. Gérard Marchand présente la photographie du pied d'un malade qui avait reçu une blessure par coup de fusil. Tous les médecins, devant l'existence de douleurs continues, firent, longtemps après le traumatisme, des diagnostics très dissemblables. La photographie a montré la vérité et fait voir qu'il existait un grain de plomb sur la face interne et supérieur du calcanéum. C'est là, d'ailleurs, que l'exploration a révélé le point douloureux.

M. Monod présente la photographie de la main d'un malade qui reçut une balle il y a dix ans. A cette époque, M. Monod reconnut la présence de la balle entre deux métacarpiens, mais ne l'enleva pas. Le malade, à dix années de distance, est venu vérifier le diagnostic en apportant une photographie de sa main et de sa balle par rayons Rœntgen.

Présentation de pièce.

M. Rochard présente une flèche d'arbalète qu'il a retirée de la région parotidienne d'un malade où elle s'était enfoncée à une profondeur de 7 centimètres sans léser les vaisseaux.

Jean Petit.

Objet de la prochaine séance.

1° Suite de la discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire ;
2° Communication de **M. Berger** sur les fistules vésico-vaginales ;
3° Communication de **M. Chaput** sur le traitement de l'anus contre nature.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril.

De l'appendicite.

M. Pozzi aborde la question de savoir si les appendicites peuvent être divisées en appendicites médicales, qui doivent être respectées, et en appendicites chirurgicales, qui doivent être opérées, ou bien si l'appendicite se présente surtout sous des formes intermédiaires dans lesquelles l'intervention est à discuter.

Pour éclairer la question, l'orateur cite l'observation suivante. Un malade ayant de la diarrhée est subitement pris de frissons, de vives douleurs dans la fosse iliaque droite, de vomissements, sans ballonnement du ventre et sans fièvre. Le siège et les caractères de la douleur prouvèrent qu'on était en présence d'une appendicite. D'ailleurs, en interrogeant le malade, on apprit que depuis son enfance il avait été atteint plusieurs fois de poussées analogues. Enfin il souffrait aussi de crises de coliques hépatiques. Deux jours après ces phénomènes, l'état général s'améliorait, mais la pression réveillait une douleur très vive au niveau de l'appendice.

On intervint, et on trouva derrière le cœcum l'appendice violacé, dur et verticalement placé. L'appendice était entouré d'adhérences et ne contenait pas de pus. Mais il était perforé. Il fut donc réséqué, et sa résection fut suivie de cautérisation au thermocautère, de suture profonde. Enfin on fit le drainage et un pansement antiseptique. L'orateur vit bientôt le malade guéri.

Ce n'est pas ici, ajoute-t-il, une appendicite perforante aiguë, mais plutôt une appendicite chronique, capable aussi de donner naissance à une péritonite purulente. Ce qui prouve bien que ce n'est pas seulement dans les cas aigus qu'il faut intervenir. Les appendicites torpides, qui paraissent bénignes, sont justiciables aussi de l'intervention chirurgicale. Le traitement médical peut parfois les amender, mais les récidives et leurs conséquences sont alors toujours à craindre.

Un point important pour l'étude de l'étiologie de l'appendicite, c'est la coudure de cet organe. La coudure, en fermant momentanément l'appendice, favorise en effet le développement des microorganismes ; de plus, elle oblitère les vaisseaux de l'appendice et prédispose ainsi à la gangrène des parois de l'organe. Il y aurait peut-être lieu de voir, ajoute l'orateur, dans cette coudure de l'appendice, une cause de l'appendicite familiale.

Pratiquant, il y a peu de temps, une résection de l'appendice pour poussée aiguë d'appendicite au cours d'une appendicite chronique, M. Pozzi a trouvé l'appendice sclérosé, rétréci et tordu sur lui-même. Il contenait même trois petits calculs.

L'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

Symptomatiquement, il faut distinguer les différents types cliniques décrits par les auteurs : l'appendicite suraiguë perforante, l'appendicite pariétale simple avec colique appendiculaire, l'appendicite aiguë avec périostite localisée, l'appendicite subaiguë, l'appendicite chronique à rechutes, etc.

Mais, en ce qui concerne le pronostic, ces différents types se ressemblent, et toute appendicite, bénigne ou non, peut aboutir à la perforation. Guérit-elle au contraire, elle a tendance à récidiver.

Aussi quand une appendicite se traduit par des phénomènes locaux et généraux, il faut sans tarder enlever l'appendice. Sinon il y a à craindre une terminaison fatale immédiate, ou bien le malade reste sous le coup d'une infirmité qui l'expose à de nombreux dangers.

M. Dieulafoy communique à l'Académie, au nom de M. Le Dentu, l'observation suivante :

Un jeune homme de seize ans est traité médicalement pour une appendicite pendant une quinzaine de jours. Après une amélioration évidente, apparaît une poussée aiguë. M. Le Dentu fait alors la laparotomie, et il trouve un gros appendice incurvé. En l'incisant, il constate qu'il est villeux, et il remarque un rétrécissement à un centimètre et demi de l'extrémité, autour duquel il y a épaississement du péritoine.

M. Le Dentu termine en faisant remarquer que l'on rencontre souvent des faits analogues chez les jeunes gens. Il en résulte une véritable infirmité pour eux ; ils ne se livrent à aucun exercice, à aucune profession fatigante. Cet état de choses est en tous points justiciable de l'intervention chirurgicale, qui seule assure la guérison complète.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mai.

Varicelle chez un garçon de deux ans convalescent de scarlatine. — Rash scarlatiniforme éphémère le second jour de l'éruption.

M. Comby rapporte un cas de varicelle ayant évolué chez un enfant de 2 ans, en convalescence de scarlatine. Un rash scarlatiniforme généralisé, sans prurit, sans angine, apparut le 2° jour de l'éruption ; ce rash respecta la face et dura 48 heures.

Cette observation mérite d'être rapprochée de celles que citè-

rent successivement MM. Gaillard et Chauffard. Les rash sont rares dans la varicelle, ils ne précèdent généralement pas l'éruption, ils en sont contemporains et leur durée est très éphémère. Ils peuvent être morbilliformes ou scarlatiniformes.

Epithélioma de l'ampoule de Vater.

M. Rendu. — Dans la dernière séance, M. Hanot a communiqué un fait rare d'un cancer primitif de l'ampoule de Vater. Comme les observations de ce genre sont peu communes, il me paraît intéressant de rapporter un cas que j'ai observé, en 1882, à l'hôpital Tenon.

Un homme d'âge moyen, de bonne santé habituelle, est atteint d'ictère sans cause appréciable. A trois reprises différentes, la jaunisse disparaît, sans provoquer d'autres symptômes que ceux d'une simple rétention biliaire passagère. Puis elle reparaît de nouveau, se complique de fièvre, de tension douloureuse du foie, de phénomènes infectieux rappelant, par certains côtés, l'ictère grave. La mort survient au milieu d'un cortège de symptômes adynamiques, parmi lesquels prédomine une diarrhée profuse, qui, dans les 2 derniers jours de la vie, se complique d'hémorrhagie intestinale.

On trouve, à l'autopsie, un épithélioma à cellules cylindriques, exactement limité à l'ampoule de Vater, une angiocholite suppurée et des abcès du foie multiples, tandis que le pancréas reste absolument indemne de toute lésion.

Deux points, dans cette observation, me paraissent mériter l'attention, parce qu'ils peuvent contribuer peut-être à faire distinguer cliniquement le cancer de l'ampoule de Vater, d'origine exclusivement intestinale, de ceux de la tête du pancréas. Ce sont les alternatives d'amélioration et de récidive de l'ictère dans les premières phases de la maladie, et la diarrhée persistante de la période terminale.

Comme chez le malade de M. Hanot, le début de l'affection a été insidieux et remarquablement bénin. Un ictère indolent, accompagné d'un léger embarras gastrique, impossible à distinguer de l'ictère catarrhal classique, n'altérant pas sensiblement la santé générale, voilà tout ce qu'ont présenté nos deux malades. Puis, quand on les croyait guéris, de nouveau, sans cause provocatrice appréciable, les signes de l'obstruction biliaire se sont reproduits, et cela, à plusieurs reprises différentes.

Il est possible de se rendre compte du ménanisme de cet ictère intermittent, qui *à priori* semblerait imputable à un calcul flottant dans le canal cholédoque. La plaque d'épithélioma qui envahit l'ampoule de Vater ne supprime pas complètement la perméabilité du cholédoque; elle ne fait que le rétrécir et ce rétrécissement lui-même peut varier suivant l'état de turgescence et de vascularisation du néoplasme. Cette disposition explique également l'indolence absolue du mal pendant une assez longue période. Le développement de l'épithélioma est lent, et absolument insensible, et, d'autre part, l'obstruction biliaire se fait assez graduellement pour n'éveiller; pour ainsi dire, aucune douleur.

Quand il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas, il ne donne pas, nécessairement, lieu tout de suite à l'ictère; mais, le jour où, par son développement, il arrive à englober l'extrémité du canal cholédoque, l'ictère devient définitif et ne rétrograde plus. L'intermittence de l'ictère est donc un signe de présomption du cancer de l'ampoule de Vater, tandis que sa persistance peut faire songer à celui de la tête du pancréas, surtout quand il s'y joint de l'amaigrissement et des signes de détérioration de l'organisme.

La diarrhée a, vraisemblablement, moins de valeur, car elle peut se montrer toutes les fois que la digestion pancréatique est altérée. Je suis tenté de croire, cependant, qu'il y a lieu d'en tenir compte, quand on la voit persister avec la fixité qu'elle présentait chez mon malade. Quel que soit le siège des cancers épithéliaux de l'intestin, ils donnent presque toujours lieu à de la diarrhée chronique; dont on ne comprend la signification que le jour où apparaissent certains symptômes insolites, tels que l'entérorrhagie ou les phénomènes d'obstruction intestinale. Dans l'ictère chronique par obstruction calculeuse, la constipation est la règle, même quand il s'y joint de l'angiocholite. L'ictère grave, lui-même, qui donne souvent lieu à des hémorragies intestinales, n'entraîne pas nécessairement de la diarrhée. C'est donc un accident quelque peu insolite, que de la voir survenir au cours d'un ictère, et surtout de la voir persister, malgré un traitement rationnel. Il faudra dorénavant, et en pareil cas, penser à la possibilité d'un cancer de l'ampoule.

M. Hanot. — J'ai insisté, dans une communication sur le cancer de l'ampoule de Vater, sur un symptôme qui me paraît avoir une importance considérable pour le diagnostic; il s'agit de l'intermittence de l'ictère; d'autant que l'on sait qu'en cas d'ictère chronique les intermittences sont extrêmement rares. J'estime donc que ce seul signe devra à l'avenir faire penser au cancer de l'ampoule de Vater. Il faut d'aillenrs ajouter que ce cancer est peut-être plus fréquent qu'on ne le suppose; il peut passer fréquemment inaperçu, étant donnés son siège et son peu de développement.

Déformation des mains dans l'acromégalie.

M. Pierre Marie attire l'attention sur les mains de deux malades atteints d'acromégalie. L'un de ces malades présente les déformations classiques, à savoir : l'hypertrophie des mains en largeur, avec des doigts en battoir. L'autre, plus jeune, a les mains longues, effilées, développées en longueur. On doit donc établir une distinction entre ces différents cas; et l'on peut dire que, quand l'acromégalie se développe sur un sujet jeune, ce sujet présente les déformations en longueur; quand la maladie, au contraire, évolue sur un sujet qui a dépassé 40 ans, les déformations se font en largeur.

Eruption syphilitique et paralysie infantile.

M. Jolly rapporte une observation d'éruption syphilitique généralisée survenant chez un malade ayant eu une paralysie infantile. Le membre inférieur droit atrophié fut respecté par l'éruption.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 avril.

Nouvelle manière de préparer la biliverdine.

MM. Hugounenq et **Doyon** indiquent un nouveau procédé de préparation de la biliverdine, aussi fidèle que rapide, grâce auquel on peut préparer de grandes quantités de substance.

Ce procédé consiste à mélanger la bilirubine sèche à une petite quantité de bioxyde de sodium. A ce mélange, on ajoute de l'eau goutte à goutte, puis de l'acide chlorhydrique dilué, jusqu'à ce qu'on ait atteint la saturation complète. On voit le mélange foncer de plus en plus. On continue à verser l'acide jusqu'au moment où se montre la couleur vert franc.

Il suffit alors de laver le précipité jusqu'à disparition de l'acidité des eaux de lavage. Dissolvant enfin le pigment dans l'alcool absolu, on a la biliverdine pure par l'évaporation.

Greffe et pigmentation.

M. Carnot et **Mlle Deflandre** reviennent, pour la compléter, sur la question de la greffe et de la pigmentation.

La vitesse d'extension et la persistance de la pigmentation dans la greffe dépendent à la fois des cellules greffées et de la richesse des pigments de l'animal auquel on fait la greffe. On voit les greffes évoluer rapidement sur un animal très coloré, et rétrocéder fort vite également chez les albinos.

Quant aux greffes provenant d'une dépigmentation particu-

lière, comme le vitiligo et les syphilides pigmentaires, leurs cellules présentent une forte vitalité et sont en extension sur les parties pigmentées.

Infection pneumococcique.

M. Carrière rapporte l'observation d'un malade qui, après avoir été atteint d'une pneumonie du lobe inférieur gauche, mourut quatre jours plus tard dans le coma, avec abolition des réflexes rotuliens et abdominaux. C'était une vraie pneumonie à forme typhoïde.

L'autopsie permit de constater les faits suivants : les deux tiers inférieurs du poumon gauche présentaient tous les caractères de l'hépatisation rouge, et même celle-ci était entrecoupée d'îlots d'hépatisation grise.

Du côté de la muqueuse intestinale, il y avait une forte hypérémie avec ecchymoses sous-muqueuses, sans altérations. La rate était molle et diffluente ; le foie avait des foyers hémorrhagiques. Les reins étaient congestionnés ; le cœur, de son côté, avait une teinte feuille morte très nette. L'hypérémie qu'on remarquait dans presque tous les organes se retrouvait dans les méninges cérébrales et dans la moelle.

L'examen histologique révéla enfin les faits suivants : en examinant la moelle, on vit que la substance blanche n'était pas altérée, que les tubes nerveux étaient intacts. Seuls de petits foyers d'hémorrhagies interstitielles se voyaient de place en place.

Les leucocythes infiltraient la névroglie en certains endroits. C'est surtout dans les gaînes lymphatiques périvasculaires qu'on les rencontrait, avec des diplocoques dans leur intérieur.

Quant aux cellules nerveuses, leur volume était un plus fort qu'à l'état normal. Mais leurs limites étaient indécises, leurs noyaux mal colorés. Elles contenaient des diplocoques avec ou sans capsule. L'auteur est tenté de croire que c'est la présence des diplocoques à l'intérieur des cellules qui a provoqué l'abolition des réflexes rotuliens et abdominaux chez son malade.

Un nouveau modèle de stéthoscope.

M. Chauveau présente à la Société un stéthoscope à transmission aérienne d'un nouveau modèle, propre à tous les genres d'auscultation, aussi bien médicale et chirurgicale qu'obstétricale. De plus, ce stéthoscope permet d'entendre les bruits musculaires; c'est donc aussi un myophotoscope. Le troisième avantage de cet instrument, c'est de pouvoir facilement être utilisé par plusieurs personnes à la fois.

Action des microorganismes sur la biliverdine.

MM. Hugonnenq et **Doyon**. — Si l'on expose au contact de l'air de la bile de bœuf, on la voit perdre sa teinte verte et devenir rouge. Il faut attribuer ce changement de coloration à la réduction de la biliverdine, et à la formation d'un pigment nouveau aux dépens de cette dernière substance.

Quant à cette réduction, il semble qu'il faille en trouver la cause dans l'existence d'un cocco-bacille, qu'on a pu isoler par des cultures sur plaques. Ce cocco-bacille est mobile, liquéfie la gélatine et ne fixe pas le gram.

La réduction de la biliverdine peut être obtenue aussi par d'autres microbes, comme le staphylocoque doré, le vibrion septique, mais avec moins de rapidité.

C'est grâce à cette réduction qu'apparaît le pigment qui donne à la bile une coloration rouge. Ce pigment diffère de la biliverdine par sa solubilité et sa teinte dicroïque en solution aqueuse.

Formation et transformation de la graisse dans l'économie.

M. Kaufmann. — Tous les principes immédiats des aliments peuvent être utilisés pour la formation de la graisse qui s'accumule dans l'organisme animal.

Chez les carnassiers, presque toute la graisse emmagasinée tire directement son origine de l'albumine et de la graisse des aliments.

Les matières hydrocarbonées peuvent aussi se transformer directement en graisse; mais c'est surtout indirectement qu'elles prennent part à la formation de la graisse, en facilitant la transformation de l'albumine en graisse et en empêchant l'oxydation de la graisse déjà formée et emmagasinée.

Ce sont surtout les matières hydrocarbonées qui fournissent l'énergie indispensable pour les besoins immédiats de l'organisme. Quant aux matières albuminoïdes, elles fournissent particulièrement l'énergie réservée pour les besoins lointains.

Effets thermiques de la contraction musculaire.

MM. Richet et **A. Broca** ont vu, par de nouvelles expériences, que l'animal se refroidit au début de la contraction musculaire. Ce refroidissement est surtout net chez l'animal intoxiqué. Il est moins marqué chez l'animal normal. Quant au rôle joué par la circulation dans la production du phénomène, pour s'en rendre compte, ils ont comprimé l'aorte abdominale dans le but de parvenir à interrompre la circulation des membres inférieurs. Après cette compression, les auteurs ont vu que le refroidissement est de plus en plus marqué au début de la contraction, mais que le réchauffement consécutif à la contraction manque en grande partie.

Pyorrhée alvéolaire.

M. Galippe. — Certains auteurs américains ont soutenu que la pyorrhée alvéolaire dépendait de la goutte. J'ai fait quelques recherches à ce sujet, et jamais je n'ai constaté la présence d'acide urique ou d'urates au niveau du collet des dents, chez des sujets atteints de pyorrhée alvéolaire. Tout ce qu'on peut dire, c'est que les arthritiques et les rhumatisants offrent un terrain de prédilection au développement de la pyorrhée alvéolaire, dans laquelle l'élément infectieux occupe une large place.

Mycose sous-cutanée innommée du cheval.

MM. Drouin et **Rénon**. — Nous avons vu chez un cheval une généralisation néoplasique sous-cutanée développée sur la muqueuse, le long du bord supérieur de l'encolure, à la pointe de l'épaule et à la région inguinale.

Ces tumeurs végétantes parasitaires, examinées bactériologiquement, ont présenté des microbes vulgaires de la suppuration et de l'aspergillus fumigatus. Toutefois, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence incontestable d'une aspergillose, car les fragments ensemencés avaient été en contact avec la litière du cheval: Il ne faudrait pas davantage conclure à un favus, un trichophyton, à de l'infection à blastomycètes, à l'actinomycose, à de la botryomycose. Il est donc impossible de rien dire sur l'origine et la nature cette affection mycosique.

M. Féré dépose une note sur *un cas d'épilepsie spontanée chez le lapin*.

M. Féré dépose une seconde note sur *l'influence des injections de peptone dans l'albumine de l'œuf de poule sur l'évolution de l'embryon*.

MM. Doyon et **Dufourt** ont vu *chez un chien porteur d'une fistule biliaire* que l'influence des repas sur la sécrétion biliaire est nulle.

M. Garnault dépose un travail sur des *recherches expérimentales et cliniques dans le traitement chirurgical de certaines formes de surdité*.

MM. Werthelmer et **A. Lepage** déposent un travail sur *l'action de la zone motrice du cerveau sur les mouvements des membres du côté correspondant*.

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

Hydrologie clinique,

Par le Dr Monin.

La station de Schinznach. — A 2 heures de Bâle, à 350 mètres d'altitude, sur les bords argentés de l'Aar, s'élève la célèbre station de Schinznach, véritable perle thermale du verdoyant pays d'Argovie. Une source sulfureuse calcique, d'un débit énorme, d'une température de 33°, d'une richesse exceptionnelle en gaz sulfhydrique et carbonique, alimente un superbe établissement, pourvu de toutes les ressources du confort moderne. L'outillage *atmiatrique*, surtout, est célèbre dans les fastes hydrologiques et sert de modèle à toutes les installations analogues, pour la cure si difficile des voies respiratoires. Enfin, l'on utilise, avec le plus grand succès, comme accessoires de traitement, l'eau bromo-iodée de Wildegg (voisine) en boisson; et, en bains, les eaux-mères salines combinées avec l'eau sulfureuse thermale.

Toutes ces ressources sont mises en œuvre, avec un succès trois fois séculaire, dans la série des nombreuses affections justiciables des eaux sulfureuses fortes. Schinznach est, avant tout, *antidiathésique*, trophique et résolutive ; capable d'accroître les processus de résistance et de défense vitales ; d'imposer silence aux défectuosités de la nutrition ; de réveiller, enfin, et de retremper, par une efficace dépuration, les énergies constitutionnelles amoindries.

Chez les dyscrasiques, Schinznach stimule la circulation lymphatique et favorise l'hémopoïèse : excitante sans irritation, elle est surtout précieuse contre le lympho-arthritisme, la sensibilité vaso-motrice, les dispositions congestives mobiles, qui caractérisent les rhumatisants. Les enfants et les femmes (qui sont lymphatiques et surtout tropho-atoniques, par tempérament même) voient, promptement, se modifier leurs mutations cellulaires par la bienfaisante action de la cure argovienne. Bien plus, la virulence scrofulo-tuberculeuse, sous toutes ses formes (le lupus lui-même et les manifestations les plus profondes de la dyscrasie strumeuse) est bientôt profondément améliorée par Schinznach.

Cela nous explique pourquoi, depuis longtemps déjà, le gouvernement suisse adresse à cette station les scrofuleux chroniques, cutanés et ostéo-articulaires : ils y sont traités avec succès, durant toute l'année, dans un hôpital thermal particulier.

Les dermatoses les plus rebelles ne résistent guère au traitement de Schinznach, renommé surtout contre l'herpétisme invétéré, la syphilis ancienne et contre les manifestations, cutanées ou muqueuses, réfractaires aux traitements classiques. La prévention et la cure des affections des voies respiratoires forment, toutefois, dès le XVIIe siècle, la spécialisation de la station ; les bronchites chroniques, l'asthme, l'emphysème, les laryngites, les congestions pulmonaires et les poussées catarrhales, si fréquentes dans le lympho-arthritisme, trouvent, à Schinznach, autre chose qu'un traitement palliatif : une véritable rénovation de la capacité respiratoire, l'éloignement certain et définitif des incursions tuberculeuses et la réparation des lésions acquises.

La faiblesse irritable, la chlorose, l'appauvrissement du sang, les affections qui sont du ressort de la gynécologie et dont la cause est presque toujours diathésique ; les souffrances du système nerveux et du système musculaire sont encore du ressort de la cure. Les contre-indications, d'ailleurs, n'existent guère que pour les états aigus, fébriles ou inflammatoires : avec un peu de diplomatie dans le traitement, ces contre-indications se réduisent à leur *minimum*.

Bien que géographiquement suisse, Schinznach est une station *française* par sa clientèle, son mode de régime et de traitement, ses traditions d'aimable hospitalité et de vie familiale. Tous ceux de nos confrères qui ont eu recours à sa cure sulfureuse hors ligne s'accordent à en vanter les agréments, en même temps que l'efficacité. La proximité d'un pays admirable et le voisinage immédiat des *cures d'altitude*, complémentaires de la médication sulfureuse calcique, doivent attirer, une fois de plus, sur la remarquable station de Schinznach, l'attention éclairée du corps médical, soucieux du succès de ses ordonnances hydriatiques.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 11 AU 16 MAI 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 mai, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique :* MM. Reynier, Lejars, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Straus, Marchand, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Monod, Tuffier, Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Reclus, Ricard. — 5e (1re partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : Terrier, Delbet, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Gilles de la Tourette.

Mardi 12 mai, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Polaillon, Poirier, Thiéry. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Cornil, Quénu. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Charrin. — 4e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Proust, Pouchet, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Le Dentu, Albarran. — 5e (2e partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Jaccoud, Gilbert, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Rémy, Bonnaire.

Mercredi 13 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Sebileau, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Varnier, Walther. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Landouzy, Wurtz. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Marchand, Reynier, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Monod, Reclus, Ricard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Grancher, Joffroy, Netter.

Vendredi 15 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Grancher, Poirier, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Reynier, Thiéry, Wurtz. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Reclus, Retterer, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Lejars, Delbet. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Gaucher. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 16 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Nélaton, Ménétrier. — 2e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Rémy, Campenon, Quénu. — 3e (2e partie) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Roger. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Hutinel, Gilbert. — 4e (2e série) : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Polaillon, Hartmann. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Dieulafoy, Cornil, Letulle. — 5e (2 partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Joffroy, Raymond, Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 12 mai, à 1 heure. — *M. Brindeau* : Du détroit moyen au point de vue obstétricale (MM. Duplay, Berger, Nélaton, Hartmann). — *M. Bellissent* : Traitement préventif de l'ostéomyélite aiguë ; traitement curatif de l'ostéomyélite chronique ; ostéoplasties (MM. Berger, Duplay, Nélaton, Hartmann). — *M. Faget* : Etude sur la syphilis pulmonaire (MM. Laboulbène, Roger, Achard, Wurtz). — *M. Mivielle* : Sur les dangers du vésicatoire à la cantharide (MM. Laboulbène, Roger, Achard, Wurtz).

Mercredi 13 mai, à 1 heure. — *M. Groleau* : Les particularités du chancre mou des doigts (MM. Fournier, Potain, Gaucher, Broca). — *M. Mercéreanu* : Le pouls anacrote ou à dicrotisme initial dans le rétrécissement aortique; sa valeur séméiologique (MM. Potain, Fournier, Gaucher, Broca). — *M. Piard* : Des suppurations à distance dans l'appendicite (MM. Tillaux, Pinard, Delbet, Gilles de la Tourette). — *M. Senlecq* : Du délire post-éclamptique (MM. Pinard, Tillaux, Delbet, Gilles de la Tourette). — *M. Witanoff* : Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie par les sels d'argent; nitrate d'argent, argentamine, etc. (MM. Tillaux, Pinard, Delbet, Gilles de la Tourette).

Samedi 16 mai, à 1 heure. — *M. Bouté* : Contribution à l'étude de

la cirrhose atrophique du foie chez les jeunes gens (MM. Cornil, Le Dentu, Quénu, Albarran). — *M. Bielinkin* : Contribution à l'étude de la syphilis post-conceptionnelle (MM. Le Dentu, Cornil, Quénu, Albarran).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Cours de pathologie et thérapeutique générales.

M. le professeur Bouchard a repris son cours de pathologie et thérapeutique générales le mardi 5 mai 1896, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre) et il le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Concours de l'adjuvat.

Ce concours commencera le lundi 11 mai.

Le jury se compose de MM. Panas, Duval, Berger, Albarran, Poirier, *juges titulaires* ; Thiéry, Walther, *juges suppléants*.

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital Andral.

M. A. Mathieu : tous les mercredis, à 3 heures 1/2 (à partir du 13 mai), conférence sur le diagnostic et le traitement des maladies du tube digestif.

Le vendredi à 9 heures 1/2, démonstrations pratiques soit au laboratoire, soit au lit du malade.

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Legry, 17 ; Hudelo, 16 ; Jeanselme, 19 ; Méry, 18 ; Florand, 19 ; Sottas, 16 ; Lesage, 19 ; Courtois-Suffit, 16 ; Triboulet, 17 ; G.-C. Lion, 17 ; Capitan, 17 ; de Gennes, 17 ; Parmentier, 17 ; Claisse, 18.

Voici le nombre des points obtenus par les candidats admis à subir les épreuves définitives : MM. Florand, 38 ; Jeanselme, 37 ; Souques, 37 ; Jacquet, 36 ; Gallois, 36 ; Lesage, 36 ; Soupault, 36 ; de Gennes, 35 ; Triboulet, 35 ; Parmentier, 35.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Chevalier, 16 ; Regnauld, 18 ; Lyot, 18 ; Thiéry, 17 ; Souligoux, 18 ; Rieffel, 18 1/2 ; Morestin, 18 ; Clado, 14.

Concours d'accouchement.

Voici le sujet de la composition écrite : *Lobule pulmonaire ; anatomie, physiologie*.

VARIA

Liste de présentation des candidats au titre de correspondant national de l'Académie de médecine de Paris.

En première ligne : M. Glénard (de Lyon) ; *en deuxième ligne :* M. Mossé (de Toulouse) ; *en troisième ligne* et *ex æquo :* MM. Debierre (de Lille) et Renou (de Saumur) ; *en quatrième ligne* et *ex æquo :* MM. P. Lemaistre (de Limoges) et Vidal (d'Hyères).

NOUVELLES

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

EXPOSITION NATIONALE SUISSE A GENÈVE

A l'occasion de l'Exposition qui aura lieu à Genève du 1er mai au 15 octobre 1896, des billets d'aller et retour de toutes classes, et à prix réduits, valables 30 jours, seront délivrés par toutes les gares du réseau Paris-Lyon-Méditerranée., à partir du 25 avril jusqu'au 15 octobre.

La validité de ces billets pourra être prolongée de 2 fois 15 jours, moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix des billets. Les billets d'aller et retour délivrés de Paris pour Genève, à partir du 15 mai jusqu'au 30 septembre, seront valables 40 jours.

EXCURSIONS EN DAUPHINÉ

La Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : Grande-Chartreuse, Gorges de la Bourne, Grands Goulets, Massifs d'Allevard et des Sept-Laux, Route de Briançon et Massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 75 centimes en timbres-poste adressés au service de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Billets d'aller et retour de Paris à Berne, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 101 fr. ; 2e classe 75 fr. ; 3e classe 50 fr. — De Paris à Interlaken, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 112 fr. ; 2e classe 82 fr. ; 3e classe 55 fr. — De Paris à Zermatt (Mont-Rose) viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne, sans réciprocité : Prix, 1re classe 140 fr. ; 2e classe 108 fr. ; 3e classe 71 francs.

Valables 60 jours avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Trajet rapide de Paris à Interlaken en 15 heures, sans changement de voiture en 1re et 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre. Ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. — Franchise de 30 kilos de bagages sur le parcours Paris-Lyon-Méditerranée.

NOTES POUR L'INTERNAT

OMBILIC ET RÉGION OMBILICALE

(Suite et fin.)

VII. Plan péritonéal.

A. Feuillet séreux (Péritoine).
B. Feuillet fibreux (Fascia umbilicalis).
C. Trajet ombilical.

A. Feuillet séreux.

Le péritoine se comporte différemment suivant qu'on l'examine :

1° *Au niveau de l'ombilic.*
2° *Au-dessous de l'ombilic.*
3° *Au-dessus de l'ombilic.*

1° Au niveau de l'ombilic :

Le péritoine adhère intimement au pourtour de l'anneau ombilical, d'après Tillaux ; d'après cet auteur, au centre de la cicatrice, l'adhérence du péritoine aux tissus sous-jacents serait tellement étroite qu'il serait impossible de les séparer.

D'après Richet, au contraire, cette adhérence est variable ; mais, ordinairement, il est facile d'isoler le péritoine, et même cette séreuse peut glisser légèrement sur la cicatrice dont elle est séparée par une mince couche de tissu cellulaire.

2° Au-dessous de l'ombilic.

Les artères ombilicales et l'ouraque sont appliquées contre la paroi abdominale, c'est-à-dire l'ouraque sur la ligne blanche et deux artères ombilicales obliques en bas et en dehors sur l'aponévrose du muscle droit, par le péritoine réduit à son feuillet séreux. Ces cordons ne le soulèvent que très bas : Petites faux du péritoine.

3° Au-dessus de l'ombilic.

Le péritoine passe comme un pont en arrière de la gouttière verticale à concavité postérieure que forment à ce niveau la ligne blanche et les bords internes des muscles droits, et qui est comblée par du tissu cellulaire, sans contracter aucune adhérence. Mais sur les côtés il adhère d'une manière très intime à la gaine aponévrotique du muscle droit.

Mais à 4 ou 5 centimètres de l'ombilic, la veine ombilicale étendue de l'ombilic (partie inférieure) au sillon transverse du foie sort de cette gouttière, soulève le péritoine qui forme un repli triangulaire connu sous le nom de grande faux du péritoine, dirigé obliquement en haut et à droite.

Il en résulte que le péritoine, au-dessus de l'anneau ombilical, se trouve maintenu à distance de la ligne blanche ; de plus, il est renforcé par un

B. Feuillet fibreux, fascia umbilicalis de Richet :

Présente, suivant les sujets, des différences notables ; surtout développé sur les sujets fortement musclés.

En bas.

En bas, il descend rarement au-dessous de l'ombilic.

En haut.

En haut, il remonte à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, et sa limite est parfois nette ; parfois, au contraire, difficile à préciser.

Sappey l'a vu remonter jusqu'au bord inférieur du foie.

Structure.

Il est formé de fibres transversales, blanchâtres, coupant à angles droits la direction de la veine, et dont les extrémités vont se confondre avec la lame aponévrotique qui tapisse la face postérieure des muscles droits.

Sappey considère ce feuillet fibreux non comme une membrane distincte, mais comme une simple hypertrophie de la couche celluleuse sous-péritonéale.

C. Gouttière ombilicale ou trajet ombilical de Richet.

Sous ce nom, Richet désigne l'espace compris entre la ligne blanche, le bord interne des muscles droits et le fascia umbilicalis.

Présente à étudier :

1° Une paroi antérieure ;
2° Une paroi postérieure ;
3° Deux bords latéraux ;
4° Une limite inférieure ;
5° Une limite supérieure ;
6° Un contenu.

1° Paroi antérieure.

Formée par la face postérieure de la ligne blanche abdominale large de 2 à 3 centimètres, limitée sur les côtés par le relief du bord interne des muscles droits ; par suite concave transversalement et rectiligne dans le sens vertical. Cette concavité diminue en même temps que la ligne blanche s'élargit chez la femme qui a eu des grossesses multiples, et la ligne blanche finit par se trouver de niveau avec la face postérieure des muscles droits.

Cette paroi est formée de trousseaux fibreux entre-croisés, laissant entre eux de petits espaces losangiques dans lesquels s'engagent des vaisseaux, des nerfs et quelquefois de la graisse et qui sont d'autant plus larges qu'on se rapproche davantage de l'ombilic ;

2° Paroi postérieure,

Est formée par la face antérieure du fascia umbilicalis, doublé du péritoine.

Ce fascia présente souvent de chaque côté du relief que forme la veine ombilicale des éraillures qui affaiblissent considérablement sa résistance, puisque, en ces points, la paroi postérieure de la gouttière est réduite au feuillet péritonéal séreux. C'est à travers ces éraillures que les intestins pénétreraient dans la gouttière ombilicale.

Chez la femme qui a eu plusieurs grossesses, le fascia umbilicalis devient peu apparent par suite de la distension exagérée qu'il a subie ; mais en revanche le péritoine s'applique presque immédiatement sur la ligne blanche.

3° Bords latéraux.

Sont formés par la fusion des parois antérieure et postérieure sur la face postérieure des muscles droits.

4° Limite inférieure.

Correspond à la partie supérieure de l'orifice ombilical qui est faiblement obturée par un bouchon graisseux.

5° Limite supérieure de la gouttière ombilicale.

Est marquée par le point où la veine ombilicale s'y introduit ; point difficile à préciser et situé, suivant les sujets, de 3-6 centimètres au-dessus de l'ombilic. C'est à ce niveau que commencent à paraître les fibres du fascia umbilicalis.

6° Contenu.

1° Chez l'enfant la veine ombilicale, et chez l'adulte le cordon fibreux qui lui succède, accompagnée par quelques veinules du cinquième groupe des veines portes accessoires de Sappey.

2° Autour de ce cordon dit tissu celluleux dont les mailles se chargent chez quelques sujets d'une masse de graisse jaunâtre.

Un stylet introduit dans cette gouttière en longeant le cordon de la veine ombilicale, passe facilement à travers l'orifice de l'ombilic, en déplaçant la boule adipeuse qui ferme sa partie supérieure et arrive sous la peau.

7° Ce canal décrit par Richet est accepté par Sappey ; mais Tillaux nie son existence avec énergie.

D. Déductions pathologiques et opératoires.

1° Comme la veine ombilicale reste parfois perméable (on l'a vue très volumineuse se continuer avec la sous-cutanée abdominale également énorme), il est intéressant, au point de vue du débridement dans le cas de hernie étranglée, d'étudier sa situation par rapport au collet de la hernie.

La veine aboutissant à la partie inférieure de l'orifice, et la hernie se produisant par la partie supérieure, la veine est refoulée sur le côté de l'orifice, ordinairement à droite, parfois à gauche ; d'où le conseil que donne Richet de débrider directement en haut, parallèlement à la veine.

2° Les hernies ombilicales ont un sac, comme les autres, ce qui a pu faire croire à son absence c'est sa minceur et sa prompte et complète adhérence (qu'expliquent les adhérences du péritoine aux bords de la gouttière ombilicale) ; le sac se forme par distension et non par glissement.

3° Des abcès de la face inférieure du foie peuvent, guidés par la gouttière ombilicale, venir s'ouvrir au niveau de l'ombilic, de même des cancers de l'estomac.

4° La distension exagérée de la cicatrice ombilicale par une arcite peut déterminer sa rupture d'où formation de fistule.

5° Péritonite purulente peut en amener l'ulcération, et se vider par cet orifice.

Vaisseaux (De Lignerolles).

Trois groupes d'artères :

Epigastrique qui, au niveau de l'ombilic, fournit trois ordres de vaisseaux.

Ascendants (anastomose avec hépathique).
Descencants (anastomose avec vessie).
Transverses (avec épigastre de l'autre côté).

Artères vésicales, ramuscules remontant sous le péritoine : anastomose avec les précédentes artères hépatiques.

Petit rameau descendant par la faux.

Veines.

Groupe para-ombilicale qui s'anastomose avec :
Mammaire interne (ascendant).
Epigastrique (descendant).

Lymphatiques.

Supérieurs pour ganglions axillaires.
Inférieurs pour inguinaux moyens.

Nerfs.

Viennent des :
Intercostaux,
Lombaires.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. | N° 20 | 16 Mai 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement opératoire de la tuberculose épididymaire

Par M. QUÉNU, chirurgien de l'hôpital Cochin.

La tendance actuelle de la plupart des chirurgiens vis-à-vis d'une lésion tuberculeuse de l'épididyme est plutôt abstentionniste, au moins dans notre pays.

Il me suffit de renvoyer à ce qu'ont écrit là-dessus Monod et Terrillon dans leur classique monographie, et plus récemment, dans le traité de chirurgie, M. Reclus. L'épididyme seul est atteint : « En cette occurrence nous n'intervenons guère », dit M. Reclus, tout au plus se borne-t-il à ouvrir les abcès, à dilater les fistules. « On pourra, ajoute-t-il, racler à la curette tranchante ou mieux, selon la pratique de Humbert, enlever au bistouri l'épididyme malade en respectant le testicule. »

Je pense, quant à moi, qu'il y a tout intérêt à ne pas laisser dans l'épididyme un foyer tuberculeux quelconque, ramolli ou non. D'autre part, je suis absolument d'avis qu'il faut être très sobre de castrations : le testicule qu'on laisse n'a pas seulement une valeur morale, il n'est pas déraisonnable d'admettre que bien que privé de voies d'excrétion, il continue à exercer sur le système nerveux général une influence considérable, d'autant plus que, même après la destruction totale de l'épididyme par la curette, il garde son volume et sa consistance normales, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur un malade revu au bout de cinq ans, et chez lequel j'avais supprimé par le curettage tout l'épididyme devenu caséeux. J'estime donc qu'il y a tout intérêt, d'une part, à conserver autant que possible la fonction testiculaire; d'autre part, à supprimer, au plus tôt, tout foyer caséeux épididymaire. C'est la pratique que j'ai adoptée depuis plus de huit ans, et je n'en ai obtenu que de bons résultats dont quelques-uns datent de cinq et huit ans.

L'extirpation de l'épididyme au bistouri ne me semble pas devoir être préférée au curettage. Elle nécessite bien plus de délabrements, ouvre des voies sanguines nombreuses à l'infection bacillaire, ne tient pas compte du travail d'enkystement qui a déjà commencé à se produire. Nous nous bornons à l'opération suivante.

Ne s'agit-il que de petits noyaux déposés à froid, soit dans l'épididyme, soit dans le canal déférent, nous saisissons, avec la main gauche, le testicule et faisons saillir le noyau induré sous la peau.

Une incision de 3 ou 4 centimètres ouvre le foyer, deux pinces de Kocher saisissent les lèvres de l'ouverture et la curette a vite fait de nettoyer la petite caverne tuberculeuse. Nous touchons la surface cavitaire seulement, avec le chlorure de zinc au 1/10e et, si la cavité est petite, nous n'hésitons pas, après avoir bien fait l'assèchement, à tenter la réunion primitive à l'aide de catguts profonds et superficiels.

Lorsque le foyer tuberculeux est plus important, nous ne réunissons pas profondément et nous nous bornons à bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée.

Nous avons conservé le testicule dans les cas où des noyaux paraissent s'y enfoncer ; nous nous sommes bornés à les ouvrir et à en faire le nettoyage.

Je vous présente aujourd'hui un malade, âgé de 48 ans, opéré par moi il y a cinq semaines d'une double lésion tuberculeuse de l'épididyme.

Du côté gauche il existait une hydrocèle volumineuse ; l'évacuation du liquide nous assura que cet épanchement était sous la dépendance d'une grosse masse coiffant le testicule et appartenant à l'épididyme. Du côté droit, pas trace d'hydrocèle, noyau dur du volume d'un gros pois dans le corps de l'épididyme; aucun noyau dans le cordon, dans la prostate ni dans les vésicules séminales; pas de lésions pulmonaires. Le 14 mars, nous avons pratiqué l'opération suivante : à droite, nous avons incisé le noyau, curetté la cavité, cautérisé et réuni; à gauche, nous avons fait une petite ouverture à la vaginale, afin d'évacuer le

liquide ; puis, sur le bord supérieur de l'épididyme, tenu entre les doigts de la main gauche, nous avons fait une incision de 4 à 5 centimètres.

Une énorme masse caséeuse avait envahi l'organe épididymaire d'un bout à l'autre ; après un nettoyage minutieux, nous replaçâmes la masse testiculaire dans le scrotum, le drainage étant assuré par une large mèche de gaze iodoformée. L'incision cutanée fut rétrécie par trois points de suture. Le pansement fut refait tous les deux jours et, le 7 avril, soit 24 jours après l'opération, la cicatrisation était complète. Quant au côté droit, la réunion primitive fut d'emblée obtenue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note clinique sur le traitement hydrominéral de l'angine et des pseudo-angines de poitrine (1),

Par M. F. de Ranse.

(Suite et fin.)

II. Pseudo-angines d'origine nerveuse ou névropathique. — Les 36 cas qui constituent ce groupe forment plusieurs sous-divisions.

a) Pseudo-angines liées à l'hystérie. — J'ai observé 3 cas de ce genre. L'un d'eux présentait la forme vaso-motrice d'angine admise par Eulenburg et Landois ; l'accès était précédé du refroidissement, de la pâleur, de la teinte cyanotique des extrémités, avec sensation d'engourdissement et de parésie des mouvements. Dans un autre, l'accès débutait par des douleurs névralgiques de siège différent, mais le plus souvent intercostales. Chez les trois malades, les accès survenaient au milieu de la nuit, sans cause connue : d'autres fois, comme bien d'autres symptômes hystériques, ils étaient provoqués par une émotion, une simple contrariété. Le résultat de la cure de Néris a été des plus satisfaisants. Deux des trois malades ont fait une seconde saison après lequelle les symptômes angineux ont disparu.

b) Pseudo-angines liées à la neurasthénie. — Parmi les 29 cas d'angine liés à la neurasthénie, un nombre assez considérable, une dizaine au moins, se rattachaient à cette forme de neurasthénie que Krishaber a décrite sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque. — Dans un cas, les troubles nerveux qui avaient précédé les accès angineux tenaient évidemment à la ménopause. — Dans un autre, les accès se jugeaient, comme phénomène critique, par un flux diarrhéique abondant. — Une malade, qui a fait quatre saisons consécutives après lesquelles la guérison a paru complète, était sujette à des névralgies dont l'acuité, à un moment donné, provoquait l'accès. — Chez une autre, à l'instar de l'angine vraie, les accès étaient causés par la marche, une légère fatigue, un faible effort. La première fois qu'elle se rendit à l'établissement thermal, dont son hôtel n'était distant que de quelques pas, le seul fait de franchir cette distance, de descendre quelques marches et de se déshabiller provoqua un accès. Aussi fus-je obligé de lui faire prendre les bains dans sa propre chambre. Cette malade ne présentait aucune lésion cardiaque ou aortique. En outre, le plexus pulmonaire et tout le système du grand sympathique étaient pris au même degré que le plexus cardiaque, ainsi qu'en témoignaient la dyspnée et les troubles vaso-moteurs qui accompagnaient ou quelquefois précédaient les accès angineux. — Telle autre malade présentait la forme vaso-motrice typique, décrite par Eulenburg, Landois, Nothnagel, etc. Le spasme artériel généralisé qui précédait l'accès se traduisait par des frissons, un refroidissement de tout le corps, la pâleur de la peau, une sensation d'engourdissement et d'anéantissement ; puis, survenaient les symptômes angineux : douleur sous-sternale avec ses irradiations, angoisse vive, palpitations, etc.

Les exemples qui précèdent sont suffisants pour donner une idée des divers cas de pseudo-angines nerveuses soumis à mon observation. Dans tous ces cas, à des degrés différents, il va sans dire, suivant telles conditions inhérentes à la maladie ou au malade, je puis affirmer les heureux résultats du traitement hydrominéral. Parfois, après deux ou plusieurs cures, la guérison a été complète. Toujours les malades ont été améliorés. C'est qu'ici le traitement hydrominéral ne s'adresse pas seulement au syndrôme angineux, mais à l'état général névropathique dont il est symptomatique.

c) Pseudo-angines liées à la maladie de Basedow. — J'en ai observé deux cas. J'ai publié le premier dans un travail communiqué, en 1886, au Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz (1), travail dans lequel je montre les bons effets de la cure thermale de Néris sur les formes complètes ou frustes de la maladie de Basedow. Ces bons effets portent également, il va sans dire, sur les symptômes angineux de la maladie; le second cas a confirmé, sous ce rapport, les résultats notés dans le premier.

d) Pseudo-angines liées au tabes. — Des accès d'angine de poitrine peuvent s'observer dans le tabes : ils constituent une forme des crises viscérales. Friedreich, M. Letulle et, plus récemment, M. Debove en ont rapporté des exemples. Deux fois, j'ai observé des symptômes angineux chez des tabétiques. Dans le premier cas, la sclérose médullaire était à ses débuts, mais les signes en étaient assez nets pour que le diagnostic ne fût pas douteux. Dans le second cas, on était à la période préataxique et l'on pourrait, à la rigueur, attribuer les symptômes angineux à l'arthritisme présenté par le malade, à la fois légèrement albuminurique et glycosurique. Rapprochant ce cas du précédent, je crois plutôt à une angine de poitrine tabétique. Dans les deux cas, la cure thermale a grandement atténué l'intensité et la fréquence des accès angineux, de même qu'elle améliore les autres crises viscérales et les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice.

III. Pseudo-angines d'origine réflexe. — Les 6 cas se subdivisent en trois groupes :

a) Pseudo-angines d'origine gastrique. — J'en ai observé deux cas. Dans le premier, il s'agissait de douleurs gastralgiques qui devenaient le point de départ de véritables accès angineux. Dans le second, les accès survenaient sous l'influence d'une dyspepsie flatulente et se terminaient par des éructations. Les résultats du traitement ont été plus accusés dans le premier cas que dans le dernier.

b) Pseudo-angines liées à des névralgies brachiales ou thoraco-brachiales. — J'ai relevé, dans mes notes, 3 cas de ce genre. Il s'agit de trois dames. La première, ayant passé la ménopause, était sujette à une névralgie du plexus brachial du côté gauche. Parvenue à un certain degré d'acuité, la névralgie irradiait vers la région sous-sternale où elle provoquait une douleur constrictive accompagnée d'une violente angoisse.

La seconde malade, âgée d'environ quarante-cinq ans, m'a été adressée par un de nos maîtres avec le diagnostic : « Névralgie rhumatismale du plexus brachial gauche ; accès de *pseudo-angor pectoris* ». Comme chez la malade précédente, la douleur gagnait du plexus brachial la région précordiale et provoquait un accès parfois d'une grande intensité. Cette dame, qui habite l'Algérie, n'a pas fait moins de quatre saisons en six années. Chaque fois, elle a retiré un bénéfice considérable de sa cure.

La troisième malade est celle dont j'ai parlé au commencement de ce travail et au sujet de laquelle le diagnostic peut prêter à discussion, les accès, provoqués, comme dans les cas pré-

(1) Travail lu à l'Académie de médecine (séance du 21 avril 1896).

(1) *Du traitement de la maladie de Basedow, en particulier de ses formes frustes, par les eaux minérales indeterminées.*

cédents, par une névralgie thoraco-brachiale du côté gauche, coïncidant avec les signes manifestes d'une lésion aortique. Elle a fait, en cinq ans, trois saisons et, probablement, ne s'arrêtera pas là, car, de tous les traitements qu'elle a suivis, c'est la cure de Néris qui lui a donné le plus de soulagement.

c) Pseudo-angine liée à un névrôme du moignon du bras gauche. — J'ai observé un cas de cette nature chez un ancien officier amputé du bras gauche. Un petit névrôme développé sur le moignon était devenu le point de départ de douleurs névralgiques qui irradiaient vers la région sternale et donnaient lieu à des accès angineux. Le malade a fait trois saisons, toujours avec une amélioration croissante. Je l'ai revu un ou deux ans après la dernière : les accès n'avaient pas reparu.

IV. Pseudo-angines d'origine neuro-arthritique ou arthritique. — Je sépare les cas où l'arthritisme est seul en cause de ceux dans lesquels il s'allie, se combine plus ou moins intimement avec le nervosisme. Au point de vue qui nous occupe, les résultats sont un peu différents.

a) Pseudo-angines d'origine neuro-arthritique. — J'ai relevé 6 cas de cette catégorie. Je dois ajouter que, dans tous, l'état névropathique occupait le premier plan, les manifestations arthritiques le second. Les résultats observés ont été sensiblement les mêmes que dans les cas de pseudo-angines d'origine neurasthénique.

b) Pseudo-angines d'origine arthritique. — Je range dans cette catégorie, qui comprend 10 cas, des malades offrant des manifestations de la goutte ou du rhumatisme. On a cherché à expliquer les accès angineux dans les affections arthritiques, par les lésions artérielles auxquelles elles donnent si fréquemment lieu. Ces accès ne seraient plus, dès lors, distincts de ceux de l'angine vraie et, pour le traitement hydrominéral, comme pour le pronostic, je n'aurais qu'à renvoyer à ce que j'ai dit à propos de l'*angina major*. Je dois cependant faire observer que, dans les 10 cas que j'ai eu à traiter et qui constituent sans doute une série heureuse, je n'ai pas constaté de lésion artérielle. Par contre, la plupart des malades souffraient de troubles gastriques et de névralgies qui ont pu servir de point de départ aux accès d'angine. Ce qu'il y a même de plus curieux, c'est que ce sont les deux plus gravement atteints, du moins en apparence, ceux chez lesquels, même à défaut de signes physiques, on était le plus fondé à soupçonner une lésion artérielle, qui ont le plus bénéficié de la cure thermale.

Le premier est un monsieur d'une soixantaine d'années, ancien syphilitique, goutteux, asthmatique, légèrement albuminurique et glycosurique, chez lequel les accès de *pseudo-angor pectoris* étaient anciens, parfois se confondaient avec des accès d'asthme. Après une première saison les accès ont disparu. J'ai revu le malade huit ans plus tard : il présentait, à des degrés divers, tous les anciens symptômes de son état diathésique, sauf les accès angineux.

Dans le second cas il s'agit d'une dame de quarante ans, atteinte de goutte héréditaire et sujette à des accès cardio-vasculaires des plus angoissants qui plusieurs fois ont paru menacer gravement son existence. La douleur rétro-sternale et les irradiations étaient moins marquées que dans l'accès angineux typique, mais l'angoisse était la même. La malade a fait quatre saisons, ou plutôt quatre demi-saisons, car après une demi-saison, une quinzaine de bains au plus, elle éprouvait un sentiment général de fatigue qui semblait la disposer au retour des accès. Le résultat de ces cures un peu écourtées a été excellent.

V. Pseudo-angines d'origine infectieuse ou toxique. — Sur les cinq cas de cette catégorie que j'ai observés, deux étaient liés au paludisme, trois au nicotisme.

a) Pseudo-angines liées au paludisme. — Le premier malade, consécutivement à des fièvres contractées à Madagascar, était resté sujet à des vertiges, à des lipothymies, à des accès pseudo-angineux. Charcot, qui me l'avait adressé, n'hésitait pas à attribuer ces divers symptômes à l'infection palustre. Pressé par ses affaires, le malade ne fit à Néris qu'une courte saison dont je n'ai pu connaître les résultats, car je n'ai plus eu de ses nouvelles.

Le second malade, officier de marine, ayant aussi contracté les fièvres pendant différents séjours dans les pays chauds, habitant encore un pays marécageux, était tombé dans un état profond d'anémie et de neurasthénie. Mais ce qui dominait la scène, c'étaient des accès angineux qui survenaient indifféremment sous l'action de la marche ou pendant le repos de la nuit. Le malade, grandement découragé, redoutant le retour des accès, vivait dans un état perpétuel d'angoisses. Après une première saison, les accès et cet état d'angoisse avaient disparu. Le malade revint à Néris l'année suivante pour consolider un si heureux résultat.

b) Pseudo-angines liées au nicotisme. — Le premier de mes malades, ayant constamment la cigarette à la bouche, même la nuit quand il se réveillait, avait commencé par intoxiquer sa femme, ce qu'il ne voulut admettre que lorsqu'on lui en eut fourni la preuve incontestable, en soustrayant puis en exposant de nouveau cette dame à l'atmosphère tabagique qu'il ne cessait d'entretenir autour d'elle. Lui-même, sujet à des troubles nerveux, refusait d'en reconnaître la pathogénie jusqu'au jour où, sous l'action du premier accès angineux, il tomba presque inanimé dans son cabinet de travail.

Les deux autres malades, sans doute moins profondément intoxiqués que le précédent, avaient des accès moins nettement caractérisés; c'étaient plutôt des palpitations, des irrégularités, des intermittences dans les battements du cœur, avec menace de lipothymie et sentiment d'angoisse ou d'anxiété. Ils se sont également bien trouvés de la cure hydrominérale. Il va sans dire qu'ils avaient renoncé à l'usage du tabac.

Technique et effets immédiats ou éloignés du traitement hydrominéral. — Dans la revue que je viens de faire des cas d'angines de poitrine soumis à mon observation, je me suis borné à enregistrer les résultats généraux de la cure thermale. Afin d'éviter de nombreuses répétitions, je n'ai pas cru devoir m'arrêter à la technique du traitement, pas plus qu'aux effets immédiats ou éloignés qu'il produit. Il est possible d'ailleurs, et il me semble préférable, de grouper à ce point de vue tous les faits et de présenter un exposé ou un tableau synthétique de la pratique hydrominérale.

Un premier fait domine le traitement thermal des angines de poitrine, c'est l'intolérance des malades pour les premiers bains et, sous cette influence, le réveil très fréquent, probable, quasi-certain des accès. Ce fait n'est pas sans préoccuper le médecin quand il croit avoir affaire à un cas d'angine de poitrine vraie, dont un accès peut tuer le malade. Heureusement, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il ne s'agit en général que de pseudo-angines, dont la symptomatologie parfois des plus bruyantes, terrifiante même, est hors de proportion avec la gravité. Quoi qu'il en soit, le médecin ne saurait être trop prudent dans l'institution du traitement thermal. J'ai pour principe d'assister toujours aux premiers bains, pendant toute leur durée, jusqu'à ce que les effets de l'excitation thermale soient passés et que la tolérance du malade soit complètement établie.

Chez les cardiaques et chez bon nombre de névropathes le bain, et il ne s'agit ici que de bains tempérés (de 33 degrés à 35 degrés centigrades), produit, dès qu'on y est entré, un sentiment d'oppression, d'étouffement, parfois d'angoisse, bien propre, chez les angineux, à provoquer un accès. Aussi faut-il recommander aux malades de prendre quelques instants de repos avant l'entrée dans la baignoire; de ne pas plonger brusquement dans l'eau, mais de s'y enfoncer lentement, progressivement, en s'arrêtant dès que survient l'oppression. Ces précautions ne sont pas toujours suffisantes et il est des cas, comme

celui de la neurasthénique dont j'ai parlé plus haut, dans lesquels il est plus prudent d'administrer les bains dans la chambre même du malade. Il quitte son lit pour se mettre dans la baignoire et y remonte après. Il évite ainsi toute fatigue, tout effort, et diminue d'autant les chances d'un accès.

La durée des premiers bains doit être très courte. Pour le premier, elle ne doit pas dépasser 5 minutes. Chez la malade dont je viens de rappeler l'observation, j'ai dû commencer par une minute et n'ai pu aller au delà de 10 minutes jusqu'à la fin de la cure. En général, la tolérance s'établit plus rapidement et, à partir du cinquième et du sixième bain on peut aller graduellement jusqu'à 10, 15, 20, 30, 45 minutes et même au delà, surtout chez les névropathes.

En procédant ainsi, on évite le plus souvent de provoquer un accès directement par le bain. Mais il n'en faut pas moins compter avec la période d'excitation thermale sous l'influence de laquelle tous les symptômes, quels qu'ils soient, se réveillent ou s'exaspèrent. Cette période s'étend généralement du quatrième ou du cinquième bain au dixième ou au douzième; parfois elle est plus précoce, d'autres fois plus tardive. Pendant sa durée, les angineux peuvent avoir et ont le plus souvent des accès plus ou moins fréquents, survenant dans les conditions ou sous les influences habituelles. Puis, au fur et à mesure de l'accoutumance au traitement thermal, le malade en ressent les effets sédatifs et les accès diminuent de fréquence et d'intensité jusqu'à disparaître, ainsi que j'en ai cité plus haut des exemples. Le mouvement favorable ne s'arrête pas avec la cure; il continue pendant les deux ou trois mois qui la suivent et ce n'est qu'alors qu'on peut juger complètement du résultat.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des bains : ils constituent, pour un bon nombre d'angineux, tout le traitement thermal. Dans certains cas on y joint des douches chaudes ou tempérées, à faible pression, parfois des douches écossaises, rarement des douches froides. Cela dépend évidemment de l'intensité des accès angineux, de la facilité avec laquelle ils peuvent être provoqués, de l'affection dont ils sont symptomatiques. Il est évident que telle douche, qui conviendra à un neurasthénique, sera contre-indiquée chez un artérioscléreux. Le médecin, dans l'emploi des moyens hydrothérapiques adjuvants du traitement thermal, se détermine d'après l'examen attentif de chaque cas particulier.

Voilà pour la technique et les effets immédiats du traitement hydrominéral. Quant aux effets éloignés, plus ou moins marqués suivant les cas, rarement nuls, ils sont aussi plus ou moins durables. Cela dépend d'une foule de circonstances inhérentes à la maladie, au malade, et aussi au milieu dans lequel il vit, à l'hygiène qu'il suit. Une de mes malades qui n'a pas fait moins de quatre saisons, était allée, après la première cure, passer quelques semaines chez une de ses amies, dans les Basses-Alpes, à une altitude relativement considérable. Les accès, qui avaient disparu, revinrent avec leur fréquence et leur intensité accoutumées. Après les cures suivantes, la malade resta sur le littoral qu'elle habite depuis fort longtemps; les accès ne reparurent pas.

Dans plusieurs cas, une saison a suffi pour faire disparaître définitivement les accès. D'autres, il a fallu deux ou plusieurs cures successives. Dans d'autres, enfin, pour être moins complet, le résultat n'en a pas moins été satisfaisant en diminuant la fréquence et l'intensité des accès.

Mais il est un autre résultat qu'il est bon de signaler, car il a, dans l'espèce, une haute importance; c'est un effet moral qui contribue à remonter les malades. On connaît la tristesse, le découragement des angineux; ils vivent avec le souvenir des angoisses qu'ils ont ressenties pendant les accès et dans l'appréhension perpétuelle du retour de ces accès. Aujourd'hui que les notions médicales tendent de plus en plus à se répandre, à se vulgariser, personne n'ignore la gravité de l'angine de poitrine; on n'ignore pas davantage les principaux symptômes qui la caractérisent et, comme les gens du monde ne sauraient faire de distinctions, les pseudo-angineux se croient atteints de l'angine vraie, et cette idée, cette crainte empoisonne leur existence. Or, démontrer à ces malades que les accès dont ils souffrent constituent un simple accident nerveux qu'une cure balnéaire suffit à atténuer ou à faire disparaître, c'est les arracher à leur préoccupation incessante. c'est leur rendre le repos moral et, certes, un tel résultat ne mérite pas peu d'être pris en considération.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

L'angine de poitrine est, non une maladie, mais un syndrome lié à différents états pathologiques.

La forme à laquelle il convient de conserver le nom d'angine vraie, d'*angina major*, et qui, au point de vue des symptômes, sert de type à toutes les autres, est caractérisée anatomiquement par des altérations organiques du cœur ou des gros vaisseaux. Son pronostic est des plus graves.

Les autres formes, fausses angines ou pseudo-angines de poitrine, *angina minor*, proviennent de causes multiples et sont symptomatiques d'états morbides variés. Leur pronostic est bénin.

La distinction entre l'angine vraie et les fausses angines de poitrine, justifiée par la clinique, a une importance de premier ordre au point de vue du traitement hydrominéral. Dans le premier cas, le traitement, dont l'application peut ne pas être sans inconvénient, n'a qu'une action palliative; il est fréquemment curatif pour les fausses angines.

Les auteurs qui se sont occupés du traitement hydrominéral des angines de poitrine ont indiqué, avant toutes les autres, sinon exclusivement, les eaux de Néris. Cela s'explique, d'un côté, par le rôle capital que joue le système nerveux dans toutes les formes d'angines; d'un autre côté, par les propriétés sédatives des eaux de Néris.

Pendant une pratique de plus de vingt années dans cette station, j'ai pu relever 65 cas d'angines, dont 2 cas d'angine vraie et 63 cas de fausses angines.

Dans les 2 cas d'angine vraie, une amélioration sensible, mais de courte durée, a été obtenue. Les malades sont morts subitement dans un accès, l'un quelques mois après une première cure, l'autre deux ans environ après la seconde.

Les 63 cas de pseudo-angines comprennent 36 cas d'origine nerveuse ou névropathique, 6 cas d'origine réflexe, 16 cas d'origine neuro-arthritique ou simplement arthritique, 5 cas d'origine infectieuse (paludisme), ou toxique (nicotisme). Dans tous les cas, le résultat de la cure thermale a été d'autant plus satisfaisant que celle-ci convenait à la fois au syndrome angineux et à l'état morbide dont il était symptomatique (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow, tabes. gastralgie, névralgies, thoraco-brachiales, névrome du moignon du bras gauche). La guérison, dans certains cas, a été obtenue après une seule saison; dans d'autres cas, elle a nécessité deux, trois et même quatre cures successives. Dans les cas les moins heureux, il y a eu toujours une amélioration sensible, d'une plus ou moins longue durée.

Cette amélioration constante contribue puissamment à rassurer les malades, à dissiper l'appréhension dans laquelle ils vivent continuellement, à leur rendre ainsi le repos moral, à remonter leur courage; c'est là encore, dans l'espèce, un résultat bien précieux.

Le traitement consiste essentiellement dans des bains tempérés, dont on augmente graduellement, mais lentement, la durée. On y joint parfois, dans certains états névropathiques qui tiennent sous leur dépendance les accès angineux, des douches chaudes, tempérées ou écossaises, toujours à faible pression.

Le réveil des accès, qui se produit généralement sous l'influence des premiers bains et durant la période d'excitation thermale, ne doit pas inquiéter les malades, mais exige, de leur part, certaines précautions et, de la part du médecin, une surveillance des plus attentives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai. — Présidence de M. Monod.

Diagnostic et traitement de la lithiase de la vésicule biliaire.

(Suite de la discussion.)

M. Schwartz. — Je voudrais vous soumettre les difficultés que j'ai rencontrées dans le diagnostic de la lithiase de la vésicule biliaire, puis vous donner les résultats des six interventions que j'ai faites.

M. Tuffier nous a cité un cas dans lequel, même après avoir ouvert l'abdomen et ponctionné la tumeur, le diagnostic de la cholélithiase avait été impossible. J'ai, moi-même, deux faits de ce genre. Ils ne sont pas absolument superposables au cas de M. Tuffier, mais ils se sont présentés dans des circonstances telles que le diagnostic en a été entouré de non moins de difficultés. Voici pourquoi : une fois, en effet, la tumeur se présentait avec tous les caractères d'une tumeur rénale; une autre fois, elle fut prise pour un rein mobile avec hydronéphrose intermittente. Dans le premier cas, j'ai dû faire l'incision lombaire pour écarter le diagnostic de tumeur rénale; dans le second cas, il y avait en réalité un rein mobile, mais ce rein adhérait à une vésicule biliaire distendue et calculeuse, il s'agissait donc bien là d'une tumeur mixte du foie et du rein. Voici d'ailleurs le résumé de ces deux observations.

Premier cas : Femme de 35 ans, ayant eu autrefois des accidents de pelvi-péritonite, crises douloureuses au moment des règles avec irradiations. *Jamais d'ictère*. On avait toujours pensé chez elle à des coliques néphrétiques. La dernière crise douloureuse eut lieu au mois de février 1894, et s'accompagna de douleurs épigastriques et de vomissements bilieux. Elle entre dans mon service, très fatiguée, sans fièvre. On trouve, dans le flanc droit, une grosse tumeur allant en arrière, de la face inférieure du foie à la crête iliaque, et occupant tout l'hypochondre droit. Il y a, enfin, une zone de sonorité séparant cette tumeur de la paroi abdominale antérieure. En un mot, tous les symptômes d'une tumeur rénale, ne subissant d'ailleurs pas de mouvements d'ascension au moment de l'inspiration. Pendant ce temps, j'examinais les urines de cette malade. Elles contenaient beaucoup d'acide urique, peu d'urates. A deux reprises différentes, enfin, la tumeur avait semblé augmenter de volume quand, au contraire, la quantité d'urine diminuait notablement.

Ayant donc porté le diagnostic de tumeur rénale, je fis une incision lombaire. Mais je trouvai le rein sain et, au lieu de la tumeur rénale, une tumeur appendice au foie. Quelques jours plus tard, j'intervins, cette fois, par la laparotomie médiane. Là, je vis que la tumeur adhérait au foie, au côlon ascendant et à l'intestin grêle. Je voulus la détacher de ses adhérences, mais elle s'ouvrit. Il en sortit du pus et un gros calcul biliaire qui rendait le diagnostic évident. Cette malade est morte au bout de quarante-huit heures. Son autopsie a démontré l'existence d'un gros empyème de la vésicule biliaire, tellement distendue qu'elle avait pu contenir un litre de pus. Ma malade était très certainement morte des suites de l'issue du pus dans son péritoine. J'avais enfin pratiqué chez elle, comme bien vous pensez, la cholécystostomie avec large drainage de la vésicule.

Deuxième cas : Femme de 57 ans, présentant une tumeur du même aspect que la malade précédente, c'est-à-dire tumeur ayant les caractères d'une tumeur à la fois hépatique et rénale. J'ai d'abord fait l'exploration du rein par l'incision lombaire. J'ai constaté qu'il était mobile, qu'il descendait dans la fosse iliaque et j'ai fait la néphrorrhaphie. Comme cette fixation du rein n'avait demandé que trente minutes, j'ai pensé que je pourrais de suite inciser la paroi abdominale. J'ai donc incisé au niveau du bord externe du grand droit de l'abdomen et ouvert la vésicule d'où il est sorti un liquide roussâtre avec grumeaux purulents. Puis, j'ai fait la cholécystectomie. L'extirpation a été très facile, mais ma malade est morte subitement, quarante-huit heures après l'opération. A l'autopsie, on n'a pas trouvé de traces d'infection du péritoine ni d'issue de liquide du côté du pédicule. Mais cette malade avait un estomac très dilaté et surtout des lésions cardiaques anciennes avec plaques laiteuses du péricarde qui ont été la cause certaine de sa mort.

M. Potain a déjà insisté sur les rapports du rein mobile et de la cholélithiase. Il faisait de la cholélithiase la lésion primitive, en pareil cas. M. Roux, au contraire, attribuait au rein mobile la cause de la gêne dans le cours de la bile et de l'inflammation vésiculaire consécutive.

Morris, en 1885, a cité deux cas de ce genre. Il faut donc se rappeler ce fait de la fréquence de la cholélithiase coïncidant avec le rein mobile et y songer dans le diagnostic des cholécystites.

J'ai à vous signaler quatre autres cas de cholélithiase dont trois, traités par cholécystectomie, ont guéri et dont le quatrième, opéré par cholécystostomie, a aussi guéri.

Premier cas : Femme de 51 ans, ayant eu seulement un accès de colique hépatique il y a deux ans. Il y a deux mois, cette femme s'est aperçue qu'elle avait, dans l'abdomen, une tumeur qui présentait des craquements. Cette tumeur appartenait manifestement à la vésicule biliaire ; elle était régulière, pyriforme ; le diagnostic de cholélithiase a ici été facile. J'ai fait la cholécystectomie et la malade a guéri.

Deuxième cas : Femme de 37 ans. On avait diagnostiqué chez elle un rein mobile ; j'ai pu facilement établir le vrai diagnostic en me basant sur ce fait que cette tumeur n'avait pas la réductibilité d'un rein mobile. A l'opération, la vésicule était remplie d'un liquide transparent, avec six calculs. Le canal cystique renfermait aussi deux calculs. Je dus en broyer un pour l'extraire.

Du côté du cholédoque il n'y avait pas d'oblitération. J'ai fait, enfin, rapidement, la cholécystectomie et ma malade a parfaitement guéri.

Troisième cas : Femme de 28 ans. J'insiste sur la disposition que présentait son foie. Il y avait, venant du lobe droit, une languette de tissu hépatique entourant la vésicule et semblant attirée par elle au fur et à mesure de son accroissement. C'est cette languette qui a été décrite par Riedel sous le nom d'*appendice linguiforme*. La présence de cette languette gêna un tant soit peu le décollement de la vésicule. Néanmoins j'ai fait encore la cholécystectomie. J'ai même dû détacher la vésicule qui adhérait à la paroi. Il n'y avait pas de calculs profonds et ma malade a guéri.

Dans ces trois cas, où j'ai fait la cholécystectomie, deux fois j'ai drainé avec une mèche de gaze iodoformée, qui a été retirée sèche le deuxième ou le troisième jour.

Quatrième cas : Femme de 60 ans, sans accidents lithiasiques, souffrant depuis un mois et présentant un phlegmon de la paroi abdominale. Je l'ai ouvert, je suis arrivé ainsi jusque sur la vésicule, origine de l'abcès. Elle contenait deux calculs. J'ai donc fait une cholécystostomie si, toutefois, ce cas mérite ce nom. Drainage ; guérison. Il n'est resté qu'une petite fistule muco-purulente, mais sans écoulement de bile.

Au résumé, mes trois faits de cholécystectomie viennent à l'appui de ce qu'ont dit MM. Michaux et Broca dans la précédente séance. J'estime donc que la cholécystectomie est l'opération de choix par son extrême facilité, quand il n'y a pas de calculs dans le canal cystique, parce qu'elle ne laisse pas de fistule après elle et qu'elle donne, peut-être, une guérison plus radicale.

La cholécystectomie est encore indiquée lorsque la vésicule se présente avec un pédicule allongé, facile à couper avec le thermocautère. La cholécystostomie est indiquée, elle, si la vésicule est

très adhérente et profondément cachée sons le foie. Elle est encore indiquée s'il se présente des signes d'infection des voies biliaires. Encore faut-il que les parois de la vésicule ne soient pas trop friables. Dans ce cas, il serait bon, je crois, de décoller le péritoine pariétal et de le fixer par des sutures superficielles.

Donc, faire la cholécystectomie chez les sujets robustes dont le foie est sain et dont le cystique ne renferme pas de calculs; faire, au contraire, la cholécystostomie, s'il y a de grosses difficultés dans la cholécystectomie, s'il n'y a pas de perméabilité ni d'intégrité des voies biliaires profondes.

M. Gérard-Marchand. — M. Tuffier a posé deux questions dans sa récente communication: Peut-on faire le diagnostic de la cholélithiase et, si le diagnostic est fait, comment faut-il traiter cette affection ?

Je viens vous apporter trois cas de lithiase vésiculaire où j'ai fait l'ablation de la vésicule: la cholécystectomie. Je vais vous donner le résumé de mes observations ; vous me direz ensuite si j'ai bien fait de les traiter comme j'ai fait.

Ma première malade était à l'hôpital Laënnec, alors que j'avais l'honneur d'y remplacer M. Nicaise en 1892. Cette malade souffrait, depuis le mois de mars 1892, de douleurs dans l'hypochondre droit, de troubles digestifs. Jamais elle n'avait eu, antérieurement, de colique hépatique. C'est là un fait qu'il faut mettre en lumière, et il ne faut pas compter sur les signes de la colique hépatique pour faire le diagnostic de la lithiase vésiculaire. A l'examen, elle présentait une tumeur adhérente au foie, de la grosseur d'une orange, se développant vers la ligne médiane. Je diagnostiquai tumeur biliaire, mais sans faire un diagnostic ferme, ayant émis, d'autre part, l'hypothèse d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie. J'ai fait la laparotomie. J'ai trouvé un seul calcul dans la vésicule. Les parois de la vésicule étaient épaissies, son décollement fut facile. Je liai facilement le pédicule et la malade guérit parfaitement.

Ma seconde malade a été opéré à l'hôpital Tenon, au mois de janvier dernier. C'était une femme de 45 ans qui n'avait jamais eu de crises de colique hépatique ni d'ictère. Elle se plaignait de douleurs dans l'hypocondre droit qui était surtout très sensible dans la position assise. Elle présentait une tumeur descendant très bas, dans la fosse iliaque. Je pensai à une vésicule calculeuse et à de l'hépatoptose partielle, un lobule du foie accompagnant plus ou moins loin la vésicule et je fis la résection du lobule hépatique hépatoptosé avec l'ablation de la vésicule.

Ma troisième malade fut opérée à Laënnec en 1893. Elle n'avait eu auparavant ni colique hépatique, ni ictère. Dans la région de la vésicule, elle présentait une tumeur se continuant avec le foie. Elle avait eu des troubles digestifs accompagnés de vomissements. Ces symptômes m'avaient d'abord fait penser à un épithélioma de la vésicule ou du foie. Je fis la laparotomie, je vis un lobule du foie hépatoptosé. Je fis l'ablation de ce lobule qui était malade et aussi de la vésicule biliaire. Ma malade est morte trois mois après l'opération.

Si j'ai été clair dans l'exposition de mes trois observations, vous verrez qu'il s'est agi toujours d'une vraie tumeur de l'hypochondre, mais le diagnostic était rendu difficile par la confusion possible de cette tumeur avec un rein mobile ou un kyste hydatique. Il me semble, cependant, que nous exagérons un peu les difficultés de ce diagnostic. M. Terrier n'a-t-il pas insisté, au contraire, depuis longtemps, sur la facilité de ce diagnostic basée sur ce fait que les tumeurs de la vésicule ne donnent, à l'inverse des tumeurs rénales, qu'une réductibilité illusoire? Il est bon d'être pénétré de cette idée pour faire le diagnostic.

Autre fait : j'ai insisté sur l'absence d'ictère et de coliques hépatiques antérieures chez mes malades. Ce sont donc là des signes qu'il faut rayer, pour ainsi dire, du tableau clinique de la cholélithiase. Cela prouverait que, très probablement, les calculs vésiculaires ne progressent pas du foie vers la vésicule, mais qu'ils sont une formation vésiculaire propre. La tumeur biliaire, en définitive, doit donc être considérée comme nne véritable tumeur fermée et, de ce fait, on doit la traiter comme telle par l'ablation totale, la cholécystectomie.

Au point de vue opératoire, je veux maintenant insister sur les deux faits suivants : *a*) Si je n'ai pas fait de drainage dans le cours de mes opérations, c'est que j'avais affaire à un pédicule ferme, induré, capable de bien supporter une ligature. J'aurais certainement établi un drainage si ce pédicule avait présenté plus ou moins de friabilité; *b*) quand on fait la libération de la vésicule il est facile de ne pas trop déchirer le parenchyme du foie. Il faut, pour cela, libérer à petits coups de ciseaux, en empiétant plutôt sur le tissu fibreux péri-vésiculaire que sur le tissu du foie. Ce premier ne saigne pas et, ensuite, l'ablation faite, il reste, sous le foie, un vrai lit de tissu fibreux, une vraie loge que l'on peut refermer en liant les deux lèvres du tissu fibreux que l'on a laissé adhérent au foie.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Traitement de l'anus contre nature.

M. Chaput rapporte deux cas d'anus contre nature traités et guéris : l'un par un vieux procédés, la *cautérisation*; l'autre par un procédé récent qui lui est personnel, l'*entéro-anastomose*.

Dans la première observation, il s'agissait d'une malade opérée par hystérectomie vaginale et atteinte consécutivement d'une fistule entéro-vaginale. La fistule siégeait bien sur l'intestin grêle car elle donnait issue à de la bile presque pure. On a d'abord fait, sur cette fistule, des tentatives d'avivement et de réunion qui ont échoué. La malade a été présentée à M. Chaput par M. Bernard. Elle portait une fistule lunaire de 6 à 8 millimètres de hauteur et dont le trajet mesurait 2 à 3 millimètres. Elle ne s'était pas fermée spontanément, dit M. Chaput, parce qu'elle présentait deux lèvres muqueuses, un trajet court et constamment soumis aux déplissements du vagin dont les parois se meuvent avec tous les mouvements physiologiques de l'abdomen, dans la toux, la respiration, la miction, la défacation, etc. Aussi M. Chaput a-t-il conseillé de traiter cette fistule par des attouchements répétés avec de l'acide azotique et par un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée capable de distendre le vagin, de l'immobiliser et de permettre, enfin, la cicatrisation du trajet.

Puis, M. Chaput discute les voies chirurgicales par lesquelles cette fistule entéro-vaginale aurait pu être abordée et traitée : voie vaginale, voie sacrée, voie abdominale.

a) A propos de la voie vaginale dans le traitement des fistules stercorales, l'orateur insiste sur l'*iléo-rectostomie*, pratiquée par Casamayor et par Verneuil, dont il dessine au tableau les procédés opératoires. A l'encontre de Casamayor et de Verneuil, qui faisaient communiquer l'iléon avec le rectum en opérant par le vagin, Lowers fit l'iléo-rectostomie en pénétrant dans le rectum et il obtint, ainsi, un succès. Mais cette opération, dit M. Chaput, supprime une longueur trop grande d'intestin et doit être rejetée.

b) Par la voie sacrée, on a peu d'espace et on sait combien vite s'infectent les plaies de cette région.

c) Reste enfin la voie abdominale. Il y a quatre manières d'opérer les fistules entéro-vaginales par la voie abdominale : 1° décoller l'anse intestinale où elle adhère et faire, au niveau de la fistule, un double étage de sutures séro-séreuses; 2° réséquer l'anse fistuleuse ; 3° faire l'isolement et la séquestration de l'anse perforée; 4° établir, enfin, une entéro-anastomose. Cette dernière conduite est préférée par M. Chaput et c'est ainsi qu'il a opéré son second malade, au mois de mars 1895. Il s'agissait ici d'un véritable anus contre nature. Pour éviter qu'après l'entéro-anastomose, les matières ne revinssent par les deux segments intestinaux de l'anus contre nature, M. Chaput a pratiqué sur eux, au-dessous de l'entéro-anastomose, une ligature à la gaze iodoformée. Des expériences lui ont, en effet, démontré que cette gaze s'éliminait par l'intestin. Restait enfin,

après cette opération, une petite fistule de la partie de l'intestin sous-jacente à la ligature et siégeant au niveau même de l'anus contre nature. M. Chaput l'a guérie définitivement par la cautérisation avec l'acide nitrique.

Présentation de malades.

M. Broca présente un malade auquel il a enlevé une tumeur cérébrale du poids de 130 grammes. Les symptômes principaux, présentés par ce malade, étaient de la céphalalgie et de la cécité due à une névrite optique bilatérale. Le siège de cette tumeur (qui était un sarcome) fut établi par M. Brissaud, grâce à l'analyse minutieuse d'une aphasie de conductibilité. L'opération fut faite en deux temps, selon la méthode de Horsley, le 31 mars et le 1er avril derniers. La tumeur était encapsulée et son extraction fut facile. Bien que le malade présente une légère amélioration de son état, M. Broca ne considère le traitement qu'il lui a fait subir que comme un traitement palliatif et non comme un traitement curatif.

M. Tuffier demande à M. Broca si la tuméfaction que l'on observe au niveau du champ opératoire va en progressant ou en régressant. Le développement croissant de cette tuméfaction serait, en effet, un élément important pour le pronostic fatal du malade.

M. Robert présente un malade atteint de filariose avec hydrocèle symptomatique. Ce malade présente, dans la région inguinale, une tumeur double dont l'une, inférieure, non réductible, donne assez bien la consistance d'un paquet de vers, dont l'autre supérieure réductible, a été prise au premier abord pour une hernie crurale. Il présente, enfin, une hydrocèle développée.

L'examen du sang a démontré l'existence de la filaire. Il s'agit donc bien d'un malade atteint de filariose, affection commune dans les pays chauds. D'ailleurs, c'est un malade qui a habité les colonies pendant longtemps. Ce malade présente enfin une anémie intense et des palpitations. Mais il n'a eu ni hématurie, ni chylurie.

M. Tillaux. — L'an dernier il m'a été présenté un malade venu d'Haïti. Je l'ai examiné avec M. Oudin, ancien interne des hôpitaux, et établi médecin à Haïti. Ce malade présentait une hydrocèle semblable à celle que présente le malade de M. Robert. M. Oudin me dit que cette affection était commune dans son pays, qu'elle était provoquée par la filaire du sang et qu'il avait pour habitude d'opérer, avec succès, les malades de ce genre. A la vérité, on a trouvé la filaire dans le sang de ce malade. M. Pilliet l'a aussi montrée dans le liquide de l'hydrocèle. J'ai, en effet, opéré ce malade sur le conseil de M. Oudin. J'ai largement enlevé la peau du scrotum épaissie et infiltrée de filaires, de façon à comprimer les lymphatiques ectasiés. Pendant l'opération la vaginale s'est ouverte et nous avons vu que les lymphatiques dilatés avaient acquis le volume d'intestins de poulet.

Finalement, ce jeune homme a été amélioré par mon opération.

D'après ce fait, je suis donc disposé à croire qu'il est bon de faire, en pareil cas, de larges excisions de peau, de façon à comprimer les lymphatiques et à éviter leurs dilatations.

M. Nélaton. — Dans le cas dont M. Tillaux vient de nous parler, les varices lymphatiques portaient-elles sur le scrotum, car dans le cas de M. Robert, elles semblent porter plutôt sur les ganglions de l'aisne? Enfin, le cas de M. Tillaux doit être rapproché des premiers cas de ce genre signalés par mon père et qui ont été rapportés dans la thèse de M. Théophile Anger.

M. Tillaux. — Chez mon malade, il s'agissait de varices de la tunique vaginale et non du scrotum. Leur tumeur était même parfaitement réductible, si bien que le premier diagnostic que je portai fut celui d'une hernie épiploïque.

M. Nélaton. — Je me rappelle avoir extirpé une tumeur de cette nature. sise dans la région de l'aine chez une femme, et pour laquelle tumeur j'aurais porté le diagnostic d'angiome sous-cutané circonscrit, s'il n'y avait pas eu de dilatation lymphatique.

M. Quénu. — Cette tumeur renfermait-elle des filaires? Sinon, le cas de M. Nélaton n'était pas dû à la filariose.

M. Nélaton. — L'examen n'en a pas été fait.

M. Lejars présente un petit malade auquel il a fait une laparotomie pour contusion de l'abdomen. Il a trouvé une péritonite septique diffuse. Le lendemain de l'intervention, le malade profondément infecté était mourant. C'est alors que M. Lejars a eu l'idée d'injecter du sérum dans les veines de ce malade. Il a été injecté ainsi vingt-six litres de sérum artificiel à raison de quatre litres par jour. Le premier effet produit par ces injections a été de provoquer une diurèse intense. Finalement le malade a guéri et M. Lejars attribue sa guérison aux injections intra-veineuses qui ont été faites. C'est à ce malade que M. Théophile Anger a fait allusion dans la discussion sur les injections de sérum artificiel intra-veineuses et sous-cutanées, à la suite des opérations abdominales graves. (Voir *Gazette Médicale* du 21 décembre 1895, page 607, n° 51.)

L'observation de M. Lejars est renvoyée à l'examen d'une commission dont M. Pozzi est nommé rapporteur.

M. Rochard présente un malade auquel il a fait l'ostéotomie des deux os de la jambe pour fracture mal consolidée. Dans son travail, M. Rochard insiste sur la résection du péroné dans certaines fractures.

L'observation de M. Rochard est renvoyée à l'examen d'une commission dont M. Schwartz est nommé rapporteur.

M. Nicaise offre à la Société son Manuel sur l'antisepsie dans la pratique de la chirurgie journalière. Jean Petit.

Ordre du jour de la séance du 20 mai 1896.

a) Suite de la discussion sur le diagnostic et le traitement de la lithiase de la vésicule biliaire.

b) Une observation sur un cas de cholédocotomie. Rapport fait par **M. Michaux.**

c) Communication de **M. Malapert** (de Poitiers) sur un cas de lipôme congénital du mollet.

d) **M. Jullien.** — De l'ulcère blennorrhagique et de ses complications.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai.

De l'appendicite.

M. Laveran revient sur la question de l'appendicite, mise à l'ordre du jour à l'Académie par la communication de M. Dieulafoy. Pour ce dernier, l'appendicite est toujours le résultat de la transformation de l'appendice en cavité close, consécutive à une lithiase ou à un rétrécissement de l'appendice.

L'orateur considère cette théorie comme trop exclusive. Sans nier que la lithiase de l'appendice explique parfaitement les cas d'appendicites familiales, M. Laveran ne croit pas que la lithiase puisse être mise à l'origine de toutes les appendicites.

C'est alors qu'il faut invoquer les rétrécissements de l'appendice et les fausses positions signalées par M. Pozzi. La cause même du rétrécissement réside, pour M. Dieulafoy, dans l'inflammation de la muqueuse. Des coupes histologiques de nombreux cas d'appendicite ont montré à l'orateur l'existence de tissu embryonnaire permettant la formation consécutive de brides fibreuses cicatricielles qui cloisonneront l'appendice.

M. Laveran avait voulu attribuer l'appendicite perforante à ces rétrécissements, mais il a constaté depuis que l'appendicite perforante se produisait dans des cas de dilatation de l'appendice, en l'absence de tous rétrécissements.

En un mot, M. Laveran ne croit pas que l'inflammation de l'appendice s'accompagne fatalement de transformation de cet organe en cavité close. Ce qui vient à l'appui de cette façon de voir, c'est que certaines appendicites ont guéri par le seul traitement médical, comme M. Millard en a cité des exemples.

Quand à l'intervention, le mieux serait d'opérer, aussitôt le diagnostic d'appendicite confirmé; mais l'orateur conseille de ne pas oublier l'inutilité et peut-être même le danger que peut offrir l'opération.

Un cas de kyste dermoïde.

M. Lévy cite l'observation d'un jeune homme âgé de 17 ans, porteur d'une tumeur abdominale, grosse comme une noix. Deux ans plus tard, cette tumeur avait atteint le volume d'une tête de fœtus. A ce moment, devant l'augmentation constante de la tumeur, on intervint; par la laparotomie, on put constater que la tumeur était constituée par une grande cavité kystique, dans laquelle était contenu un fœtus du sexe féminin de 44 centimètres. Le malade succomba aux suites de l'opération.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 mai.

Sérothérapie et infection urinaire.

MM. Albarran et **Mosny**. — L'on sait, depuis quelques années, que l'infection urinaire reconnaît presque toujours pour cause le coli-bacille.

En partant de cette donnée primordiale, nous avons essayé de pratiquer la prophylaxie et la guérison de cette maladie par l'emploi de la sérothérapie.

La marche que nous avons suivie est celle toujours employée dans des cas semblables. Le premier temps de l'opération consiste à vacciner les animaux; le second, à employer leur sérum.

La vaccination peut se faire de deux manières: la première consiste à employer des inoculations successives de doses croissantes de cultures très virulentes. On en agit comme avec le streptocoque. Mais ce procédé est infidèle; de plus, les animaux une fois supposés immunisés peuvent être infectés, auquel cas leur sérum deviendrait dangereux.

Le second procédé, auquel nous avons eu recours, a consisté à vacciner par les toxines. A cet effet, nous avons filtré à la bougie Chamberland la macération des organes d'animaux tués par l'inoculation de cultures virulentes. C'est par l'inoculation aux animaux de ces produits de filtration qu'on arrive à les vacciner. La vaccination est faite de façon fort solide, mais le sérum provenant d'animaux ainsi traités ne jouit pas de propriétés fort actives.

A côté de ces deux modes de vaccination, nous devons en signaler un troisième beaucoup plus efficace: on vaccine d'abord les animaux avec les produits de filtration, puis on les infecte avec des cultures virulentes. Par l'inoculation de produits de filtration alternant avec celle des cultures, la vaccination se fait solide chez les animaux qui néanmoins restent bien portants. C'est cette méthode des vaccinations alternantes qui nous a permis d'obtenir un sérum très actif. Elle n'a, d'ailleurs, encore été employée pour aucun microorganisme.

Nous avons étudié sur des animaux la force de ce sérum, et nous avons vu que son activité est très remarquable. En effet, il suffit d'inoculer un vingtième de centimètre cube de ce sérum, vingt-quatre heures avant l'injection mortelle de culture virulente, pour empêcher la mort de l'animal. Bien plus, le cobaye, chez qui l'infection urinaire se développe facilement, est mis à l'abri de celle-ci, si on injecte avec la dose mortelle de culture une goutte de ce sérum.

Ce n'est pas seulement pour des résultats de prophylaxie que nous voulons signaler ce sérum à l'attention. En effet, il jouit aussi de propriétés curatives. Ainsi, si on inocule un cobaye avec une dose de culture qui le tue en douze heures, et si deux heures plus tard on lui injecte 2 centigrammes de sérum, on voit l'animal survivre à l'infection.

Nous avons passé du domaine de l'expérimentation à celui de l'application à l'homme. Ce dernier fait fera l'objet d'une nouvelle communication. Pour l'instant nous nous bornons à dire que par la sérothérapie, telle que nous venons de l'exposer, l'infection urinaire sera non seulement efficacement combattue, mais que, de plus, son apparition pourra être entravée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai.

La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895.

M. E. Apert. — En 1895, le service de la scarlatine, à l'hôpital des Enfants-Malades, a reçu 239 scarlatineux; sur ce nombre il y a eu 14 décès, soit une mortalité de 5.85 0/0. Elle est constituée pour moitié par des enfants apportés mourants ou très gravement atteints et qui ont succombé peu de temps après leur entrée. Les 7 autres décès sont dus aux causes suivantes: bronchopneumonies, 3; angine secondaire à streptocoques, 1; tuberculose, 1; gastro-entérite chez des nourrissons, 2.

Comme complications, les plus souvent notées ont été les suivantes: angines streptococciques blanches du début (32 0/0), angines streptococciques secondaires (7 0/0), adénites suppurées du cou (3 0/0), otites (20 0/0); albuminurie (20 0/0, dont 6 0/0 chez des sujets atteints de néphrites graves), bronchopneumonies (5 0/0), pleurésies purulentes (1 0/0), complications articulaires (4 0/0), complications cardiaques, un seul cas.

Au point de vue de l'âge, la période de trois à neuf ans est celle où la scarlatine a été surtout fréquente. La mortalité a été d'antant plus forte que les enfants étaient plus jeunes; elle a été nulle au-dessus de 9 ans; pour la deuxième année, elle atteint, au contraire, 18 0/0, et 50 0/0 pour la première année.

C'est au printemps et pendant l'été que la maladie a eu sa plus grande fréquence; les complications se sont montrées surtout en automne; la mortalité a été la plus élevée en hiver (janvier, 22 0/0), et presque nulle en été et en automne (un seul décès de juin à fin novembre).

Sur ces 239 scarlatineux, 32 enfants, considérés comme suspects de diphtérie, à cause de leur angine blanche, ont reçu chacun dès leur entrée 20 centimètres cubes de sérum de Roux: 28 0/0 d'entre eux ont eu généralement, une quinzaine de jours après l'injection, des éruptions morbilliformes et parfois accompagnées d'arthralgies. mais elles n'ont jamais été suivies de phénomènes graves et ont toujours disparu en vingt-quatre à quarante-huit heures. Leur fréquence concorde bien avec la remarque de M. Sevestre; qui a noté que les éruptions dues au sérum s'observent surtout dans les angines à streptocoques, en particulier les éruptions morbilliformes qui surviennent à la fin de la seconde semaine.

On s'est borné, comme traitement, au régime lacté intégral, à l'administration d'acétate d'ammoniaque pendant la période d'éruption (1 à 2 grammes par jour), aux irrigations buccales d'eau bouillie aromatisée et à l'injection d'huile mentholée dans les fosses nasales, pour assurer l'asepsie de ces cavités.

Mais si, malgré ces précautions, la mortalité a été relativement faible, la morbidité du service des scarlatineux n'en a pas été moins élevée: 43 0/0 des enfants ont été atteints de complications secondaires survenues dans ce service (angines secondaires, otites, ganglions suppurés, albuminurie, bronchopneumonies, etc., etc.). Il n'est pas douteux que cette forte morbidité tient à la défectuosité des locaux.

M. Marfan. — On voit par cette statistique que la mortalité des enfants atteints de scarlatine est très peu élevée; je crois donc

qu'il n'y a pas lieu, quant à présent, de combattre cette maladie — au moins quand elle est exempte de complications — par les injections de sérum de Marmorek.

M. Le Gendre. — A Aubervilliers, c'est-à-dire chez des sujets âgés tous de plus de seize ans, j'ai obtenu une mortalité encore plus faible que celle de M. Apert: elle a été de 2.50 0/0. Je suis donc de l'avis de M. Marfan, et je crois qu'il ne faut pas opposer une médication antistreptococcique à la scarlatine quand elle est dépourvue de complications. Au point de vue de la fréquence des otites observées par M. Apert, j'ai remarqué que les irrigations naso-buccales prédisposaient à cette complication au lieu de la prévenir, lorsqu'elles n'étaient pas faites avec un très grand soin.

M. Rendu. — Nous savons tous que les épidémies de scarlatine, comme toutes les épidémies d'ailleurs, peuvent présenter de très grandes différences au point de vue de la mortalité: je ne crois donc pas qu'il faille attacher une très grande importance aux chiffres que viennent de nous soumettre MM. Marfan et Le Gendre. Quant à la fréquence des otites observées à l'hôpital des Enfants-Malades au cours de la dernière épidémie de scarlatine, je n'en suis pas surpris, car j'ai remarqué que cet hiver toutes les maladies éruptives, y compris la grippe, avaient une tendance très marquée à présenter cette complication.

M. Comby. — Sur 96 scarlatineux traités à l'hôpital Trousseau par le sérum de Marmorek, 8 sont morts: ces chiffres, rapprochés de ceux de MM. Marfan et Le Gendre, semblent prouver que le sérum n'a aucune action curative sur la scarlatine.

Possède-t-il du moins une action préventive sur les complications de cette affection ? Il est permis d'en douter, car j'ai vu un grand nombre des petits malades qui avaient été injectés présenter des angines, du rhumatisme, des otites, etc.

Gigantisme et acromégalie.

M. Brissaud. — Je désire, à propos de la communication que M. Marie a faite dans la dernière séance, relativement à deux types de déformation de la main dans l'acromégalie, rappeler que, pour moi, le gigantisme et l'acromégalie sont les deux termes identiques d'une même maladie. Ainsi que nous l'avons dit, M. Meige et moi, dans un travail antérieur, si dans un cas il s'agit du gigantisme et dans un autre de l'acromégalie, c'est que dans le premier la maladie a débuté à un âge peu avancé, alors que les os n'étaient pas encore soudés et pouvaient subir un accroissement en longueur. L'affection survient-elle à une période plus avancée de la vie, on aura alors l'acromégalie, c'est-à-dire que les os, au lieu de s'accroître en longueur, se seront développés dans le sens *cubique*. Quant à dire quel est le processus qui suscite constamment une formation nouvelle de tissu osseux, en un mot quelle est la nature même de la maladie, je ne saurais le faire dans l'état de nos connaissances actuelles.

Contrairement à M. Marie, je trouve dans sa communication plutôt un argument en faveur de la thèse que je soutiens. Notre collègue se refuse à admettre l'identité de nature de l'acromégalie et du gigantisme, l'une étant une maladie, au sens vrai du mot, l'autre représentant l'aboutissant de divers états pathologiques; ses deux observations, cependant, prouvent le rôle important que joue l'âge du sujet dans la forme clinique que revêt l'affection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 mai.

Emploi du sérum antistreptococcique comme préventif dans les opérations chez les diabétiques.

M. Boucheron. — Bien que l'antisepsie permette de faire avec succès un certain nombre d'opérations chez les diabétiques, il n'en reste pas moins vrai que ceux-ci sont plus exposés à la suppuration que les gens en bonne santé. La streptococcie est une des causes de cette suppuration ; aussi actuellement vient-il naturellement à l'idée de recourir à l'emploi du sérum antistreptococcique pour lutter contre les streptocoques sur lesquels ce sérum peut agir efficacement.

Ce dernier est surtout indiqué, chez les sujets déjà en état de streptococcie, comme utile préventif. Et c'est dans les opérations qui exigent une réunion sans suppuration qu'il est particulièrement utile. Parmi elles, il faut particulièrement citer l'opération de la cataracte.

Chez un diabétique atteint d'une affection streptococcique, une lymphangite du pied et de la jambe, l'auteur a dû faire l'opération de la cataracte. Sur le conseil de M. Marmorek, il a injecté 20 grammes de sérum de celui-ci à son malade, avant d'intervenir. Bientôt sous l'influence du sérum, les streptocoques du malade ont été fort atténués ; c'est à ce moment que l'intervention contre la cataracte a été pratiquée. Grâce aussi à une rigoureuse antisepsie, l'extraction de la cataracte dans ces conditions s'est fort bien terminée. La plaie s'est réunie par première intention. En même temps la lymphangite guérissait. Il n'est pas inutile de dire pour terminer que le malade avait soixante-dix ans et que ses urines contenaient 46 grammes de sucre par litre.

L'emploi du sérum de Marmorek n'avait pas été encore pratiqué dans ces conditions. Son rôle préventif a été capital, puisqu'il a permis à l'opérateur de mener son intervention à bonne fin, malgré la glycosurie et la streptococcie.

Note sur le coli-bacille chez le nourrisson et chez l'adulte.

M. A. Péré montre que le coli-bacille du nourrisson n'est pas identique à celui de l'adulte et que les principales différences résident dans les faits suivants :

Le coli-bacille du nourrisson donne de l'acide lactique par la fermentation du glucose; cet acide lactique est l'acide lactique droit, ainsi que le montre son isolement de la solution glucose-peptone où a vécu le microbe. Les coli-bacilles trouvés chez les enfants de deux à trois ans ont donné, comme ceux de l'adulte, de l'acide lactique gauche.

Ces faits doivent probablement être expliqués par la transformation du microbe originel, car le coli-bacille du nourrisson peut faire de l'acide lactique gauche dans des conditions spéciales. Pour cela, on substitue les sels ammoniacaux à la peptone comme source d'azote alimentaire dans le liquide de la fermentation, contenant du glucose et du carbonate de chaux.

Tous les microbes, tant ceux de l'enfant et de l'adulte que ceux du nourrisson, réagissent de même vis-à-vis de l'acide lactique tracémique. Ils le dédoublent en attaquant surtout l'acide droit.

Mesure des courants alternatifs de toutes fréquences.

M. d'Arsonval indique un moyen pour mesurer les courants alternatifs. S'agit-il de courants de grande intensité, allant de 2 à 100 ampères, passant dans le grand solénoïde, on remplace le fil plein par un tube relié à un manomètre à eau, de façon à former un thermomètre différentiel de Leslie. La colonne du manomètre mesure l'échauffement tubulaire et ainsi peut se connaître le carré de l'intensité du courant.

S'agit-il, au contraire, de courants alternatifs de faible intensité, l'auteur fait traverser au courant une soudure thermo-électrique reliée à un galvanomètre à circuit mobile de son système.

Des fibres des cordons postérieurs de la moelle.

M. Dufour a eu l'occasion d'examiner la moelle d'une femme morte d'un endothéliome qui, depuis cinq ans, comprimait les racines lombo-sacrées depuis la troisième racine lombaire. Il a particulièrement examiné les zones non dégénérées des régions inférieures.

Deux systèmes de fibres étaient restés sains. L'un était formé par un faisceau faisant partie d'un système commissural à long trajet et à direction descendante, situé dans la région dorsale, dans la zone postéro-externe du cordon postérieur.

Le second système aurait une origine semblable à celle des fibres de la virgule de Schultze et serait une commissure à court trajet et à dégénération descendante.

Follicules clos dans la conjonctive oculaire.

Mme E. Naville signale l'existence et la formation de follicules clos dans la conjonctive oculaire. Il se fait d'abord une prolifération et épaississement de l'épithélium, qui constitueront l'ébauche du futur follicule clos. L'amas épithélial fait saillie dans le chorion, s'isole de l'épithélium original, et ainsi le follicule clos est complètement formé.

Des spores de l'aspergillus fumigatus dans le mucus nasal et la salive.

M. Rénon a recherché la présence des spores de l'aspergillus fumigatus dans la salive et dans le mucus nasal. Ses recherches ont porté sur 58 cas, et là-dessus il n'a trouvé les spores qu'une seule fois dans la salive, et six fois dans le mucus nasal. D'ailleurs la rareté de l'aspergillose des fosses nasales, de la bouche et du pharynx est bien connue.

Veau à deux têtes vivant.

M. Mégnin présente la photographie d'un veau vivant à deux têtes. Les deux têtes sont soudées par le côté de l'occipital, et l'animal peut manger également par les deux bouches.

Sur un parasite du cheval.

M. P. Bernard cite des anomalies observées sur l'anophocéphalaplicata, parasite extrait de l'intestin du cheval. Les anomalies ont trait surtout à la forme générale du parasite, à la longueur du strobile et à la largeur des segments.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 18 AU 23 MAI 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Retterer, Poirier. — 3e Oral (1re partie) : MM. Reynier, Varnier, Delbet. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Terrier, Ricard, Walther. — 5e (1re partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Monod, Reclus, Tuffier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Straus, Gaucher.

Mardi 19 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Panas, Mathias-Duval, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Rémy, Campenon, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Bar, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Polaillon, Quénu, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Raymond, Gilbert. — 4e : MM. Proust, Roger, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Duplay, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Cornil, Marie, Ménétrier. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Charrin.

Mercredi 20 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Rémy, Sebileau, Wurtz. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Marchand, Reclus, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Monod, Lejars, Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Grancher, Joffroy, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

Jeudi 21 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Berger, Chantemesse. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Raymond, Rémy, Thiéry. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Guyon, Bar, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Duplay, Maygrier, Nélaton. — 3e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Le Dentu, Polaillon, Bonnaire. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Cornil, Charrin, Letulle. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Achard. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 22 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Reynier, Poirier, Walther. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Rémy, Retterer, Thiéry. — 4e : MM. Ponchet, Gaucher, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Marchand, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Reclus, Broca, Delbet. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Landouzy, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Sebileau.

Samedi 23 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Campenon, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Dentu, Polaillon, Albarran. — 5e (2 partie), Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Hutinel, Roger. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan, Achard. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Marie, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 19 mai, à 1 heure. — *M. Caillaud* : Gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants (MM. Polain, Tillaux, Ricard, Gaucher).

Mercredi 20 mai, à 1 heure. — *M. Lallemand* : Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire (MM. Tillaux, Potain, Gaucher, Ricard). — *M. Perrée* : De l'eczéma séborrhéique des enfants ; ses causes, ses complications, son traitement (MM. Fournier, Straus, Netter, Chassevant). — *M. Desbordes* : (MM. Tillaux, Potain, Gaucher, Ricard). — *M. Fontaine* : Coup d'œil sur l'histoire du traitement mercuriel de la syphilis (MM. Fournier, Straus, Netter, Chassevant). — *M. Attaix* : La piperazine ; ses propriétés thérapeutiques (MM. Straus, Fournier, Netter, Chassevant).

Jeudi 21 mai, à 1 heure. — *M. Sée* : Le gonocoque (MM. Brouardel, Dehove, Albarran, Widal). — *M. Hévard* : Formes septiques du cancer de l'estomac (MM. Dehove, Brouardel, Albarran, Widal). — *M. Dufrêche* : (MM. Laboulbène, Hutinel, Hartmann, Wurtz). — *M. Lagarde* : De l'hydarthrose du genou avec atrophie consécutive du triceps crural et de son traitement (MM. Laboulbène, Hutinel, Hartmann, Wurtz).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours de l'adjuvat.

Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Brin, Le Für, Vanverts, Gesland, Cunéo, Ombredanne, Lenoir, Lardennois, Gosset et Pouquet.

Voici le sujet de la composition écrite : *Les veines caves ; anatomie et physiologie.*

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Jeanselme, 19 ; Parmentier, 18 ; Lesage, 17 ; de Gennes, 17 ; Gallois, 16 ; Soupault, 16 ; Souques, 18 ; Triboulet, 17 ; Florand, 18 ; Jacquet, 18.

La quatrième et dernière épreuve (2e épreuve clinique) a eu lieu samedi et mardi dernier : MM. Jacquet, 30 ; Gallois, 26 ; Florand, 29 ; Jeanselme, 30 ; Souques, 27.

Total général des points : MM. Jeanselme, 86 ; Florand, 85 ; Jacquet, 84 ; sont nommés.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Villemin, 23 ; Mauclaire, 25 ; Arrou, 29 ; Rieffel, 26 ; Lyot, 28 ; Thiéry, 27 ; Morestin, 22 ; Chevalier, 25.

Voici le nombre des points obtenus par les candidats admis à subir les épreuves définitives : MM. Lyot, 91 ; Arrou, 89 ; Mauclaire, 83 ; Thiéry, 83 ; Chevalier, 83 ; Rieffel, 81 1/2 ; Villemin, 78 ; Morestin, 78.

La cinquième épreuve (épreuve théorique orale) a eu lieu samedi et mardi : MM. Lyot, 19 ; Arrou, 18 1/2 ; Morestin, 18 ; Thiéry, 18.

La sixième et dernière épreuve (épreuve clinique) a eu lieu mardi : MM. Arrou, 19 ; Thiéry, 18 ; Lyot, 19.

Total général des points : MM. Lyot, 129 ; Arrou, 126 1/2 ; sont nommés.

Concours d'accouchement (Bureau central).

MM. Demelin, 16 ; Wallich, 15 ; Potocki, 19 ; Basset, 14 ; Dubrisay, 13 ; Chavane, 15 ; Tissier, 19.

La première séance de la deuxième épreuve a eu lieu lundi dernier : MM. Wallich, 15 ; Potocki, 18 ; Demelin, 20.

Hôtel-Dieu (Annexe).

M. G. Lepage : tous les mercredis, à 5 heures 1/2, conférence de clinique obstétricale.

Tous les matins, à 9 heures, visite dans les salles.

NOUVELLES

Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à lire, d'une manière régulière, le journal *le Parfait Nourricier*, que la plupart d'entre eux reçoivent. Ses articles, toujours très intéressants, sont particulièrement consacrés aux choses de l'accouchement, à l'hygiène et à la thérapeuthique infantiles. Le journal *le Parfait Nourricier* tire à cinquante mille ; c'est dire qu'il a une énorme publicité. Il n'est reçu que par des membres de notre profession, en France et à l'étranger.

NOTES POUR L'INTERNAT

ATROPHIES MUSCULAIRES PROGRESSIVES

I. Définition.

Toutes les fois qu'un muscle, ou un groupe de muscles est rigoureusement diminué de volume et que, en même temps, il y a diminution de la fibre musculaire au microscope, on peut dire qu'il y a atrophie musculaire vraie. Quand le volume du muscle étant conservé ou augmenté, l'examen histologique révèle une diminution de la fibre musculaire en même temps qu'une hypertrophie cellulo-adipeuse, il y a encore atrophie musculaire (pseudo-hypertrophique). Dans l'un ou l'autre de ces cas :

Quand le nombre de muscles frappés par l'atrophie augmente progressivement, quand l'affection ne présente aucune tendance à la régression ni même à la localisation ; mais que, groupe par groupe, elle peut envahir la plupart des muscles striés de l'organisme, elle mérite le nom :

Atrophie musculaire progressive (proprement dite), par opposition avec atrophie musculaire progressive locale : glosso-labio-laryngée.

II. Historique.

Connue depuis longtemps ; mais confondue d'abord avec les paralysies.

Aran et Duchenne en ont donné une description complète en 1850.

Cruveilhier a établi que dans l'atrophie décrite par Duchenne on trouve des lésions de la moelle et pense déjà à l'altération des cornes antérieures.

Depuis ces auteurs, des formes nouvelles ont été ajoutées à la maladie d'Aran-Duchenne.

Luys, Charcot, Joffroy, Vulpian, Hayem, Troisier, Déjerine, de Landouzy, Marie, ont, en France, étudié cette question.

III. Classification.

A. Myélopathiques.

1° Type Aran-Duchenne ;
2° Type Charcot-Marie.

B. Myopathiques.

1° Type pseudo-hypertrophique (Charcot-Duchenne) ;
2° Type Landouzy-Déjerine ;
3° Type Leyden-Mœbius.
4° Type Erb.
5° Type Zimmerlin ;
6° Types mixtes.

IV. Atrophies myélopathiques.

L'anatomie pathologique et la clinique s'accordent pour former de ces atrophies une classe à part, caractérisée ;

1° Au point de vue anatomo-pathologique, par une altération des cornes antérieures de la moelle, primitive et essentielle : protopathique.

2° Au point de vue clinique, elles s'accompagnent de : 1° tremblements ou contractions fibrillaires et de : 2° modifications qualificatives de l'excitabilité électrique des muscles atrophiés. (réaction de dégénérescence).

Cette classe comprend :

A. Atrophie type Aran-Duchenne.
B. Atrophie type Charcot-Marie.

A. Atrophie musculaire progressive (Type Aran-Duchenne).

1° Étiologie :

Fort *obscure*. *Hérédité* paraît jouer un certain rôle ainsi que *fatigues* musculaires excessives. C'est une maladie *de l'adulte*. Plus fréquente chez l'homme.

2° Anatomie pathologique :

a) Lésions de la moelle :

Entrevues par Cruveilhier, étudiées par Hayem, Charcot, Vulpian qui en ont fait la lésion primitive, constante de cette affection. Consistent essentiellement en :

Une atrophie pigmentaire ou scléreuse débutant par les cellules nerveuses motrices des cornes antérieures. Elle s'accompagne de prolifération conjonctive dans la névroglie et d'épaississement des capillaires.

Racines antérieures s'atrophient consécutivement et le processus morbide atteint le muscle.

b) Lésions du muscle :

Consistent le plus souvent en *atrophie simple sans dégénérescence graisseuse* ; la fibre diminue progressivement de volume, mais reste striée jusqu'au dernier moment.

Le muscle prend une coloration *feuille morte* et diminue progressivement de volume ; des faisceaux entiers finissent par disparaître.

Parfois les noyaux du sarcolemme prolifèrent et déterminent atrophie scléreuse.

Parfois véritable stéatose musculaire par accumulation d'éléments graisseux dans la fibre.

c) Pathogénie :

Les cellules des cornes antérieures ont sur les muscles une action trophique.

3° Symptomes :

A. Caractères généraux des muscles atrophiés.

Ce qu'il faut bien comprendre tout d'abord, c'est que le *symptôme primitif est l'atrophie du muscle.* L'affaiblissement qui en résulte n'est nullement une paralysie, mais une simple diminution de la force musculaire pouvant aller jusqu'à l'abolition de la fonction si le muscle est entièrement détruit.

Cette atrophie débute dans un muscle en lésant d'abord quelques faisceaux seulement, n'atteint les autres faisceaux que progressivement et s'étend ensuite aux muscles voisins où elle se comporte de même.

Les muscles atteints perdent leur consistance, deviennent mous, se contractent moins énergiquement (fausse fluctuation).

Comme dans toutes les myopadies myélopathiques, on observe des *contractions fibrillaires*, soulevant la peau comme une petite corde, *crampes, soubresauts* de tendons.

Ces muscles en voie d'atrophie présentent la réaction *de dégénérescence de Erb.*

A leur niveau : abaissement de la température.

D'une manière générale, quand un muscle ou un groupe musculaire s'atrophie, la succession des phénomènes est toujours la même.

La forme de la partie affectée est modifiée; le *squelette devient saillant*, un *méplat remplace la saillie musculaire*: Main, bras, épaule, tronc, comme les muscles antagonistes, ne s'atrophient pas en même temps, il en résulte des *attitudes vicieuses*. La peau se ride, elle semble, ainsi que les aponévroses, trop grande pour son contenu.

Localisations de cette atrophie :

Main est la première atteinte, et, dans la main : *Le court abducteur du pouce.*

Ce muscle abducteur et extenseur, a pour fonction d'opposer la pulpe du pouce à celle des autres doigts (opposition). Sert pour tenir : plume, pinceau, burin. Les autres muscles de cette éminence sont pris ensuite. Alors l'éminence thénar est remplacée par un méplat. Le long extenseur du pouce porte alors en arrière et en dehors le premier métacarpien. Main de singe de Duchenne.

Puis les lombricaux et les interosseux (fléchisseurs de la première phalange, extenseur des deux dernières). Alors les métacarpiens sont déchamés, l'action des extenseurs prédomine : extension de la première phalange, flexion des deux dernières : main en griffe de Duchenne, de Boulogne.

Plus tard tous les muscles de la main, thénar, hypothénar, intérosseux et lombricaux, sont à tel point atrophiés que la main décharnée est une main de squelette.

Donc, trois types :

1° Main de singe (Thénar);
2° Main en griffe (Interosseux);
3° Main de squelette (Tout).

Bras.

A l'avant-bras, les muscles des régions antérieure et externe sont pris les premiers. De même au bras : les muscles postérieurs de l'avant-bras et le triceps surtout, résistent le plus longtemps.

Epaule.

Les trois faisceaux du deltoïde sont envahis, et les mouvements d'élévation du bras deviennent impossibles.

Squelette sous la peau : dépression sous-acromiale.

Atrophie des muscles du tronc,

Trapèze ne s'atrophie pas en totalité.

Seul le faisceau qui s'insère à l'omoplate (innervé par le plexus cervical seul) s'atrophie.

Les muscles postérieurs du tronc s'atrophient sans règle fixe; de même aussi les muscles fléchisseurs.

Sous l'influence de ces atrophies, et pour rétablir le centre de gravité du corps, se produisent des incurvations de la colonne vertébrale.

L'atrophie des pectoraux détermine de chaque côté une sorte d'excavation au-dessous de la clavicule, avec saillie anormale de cet os et des côtes.

Le scapulum, qui n'est plus attiré vers la colonne vertébrale, se porte en dehors : aspect ailé.

Quand les muscles du cou sont atrophiés, la tête, qui n'est plus fixée par ses fléchisseurs et extenseurs, retombe en tous les sens.

A ce moment, contraste frappant entre membres inférieurs intacts du tronc et membres supérieurs squelettiques.

Mais jusqu'ici, les grandes fonctions sont intactes. Quand les muscles suivants viennent à reprendre, ce qui a lieu après plusieurs années, l'état devient sérieux.

Fonctions digestives.

Muscles abaisseurs de la mâchoire (région susbyoïdienne) s'atrophiant, il en résulte que le malade ne peut ouvrir la bouche, la mastication devient impossible. Quelquefois les muscles de la déglutition se prennent, le malade est obligé de boire à très petite gorgée, et le liquide *tombe* avec bruit dans l'estomac.

Respiration.

Tous les muscles inspirateurs accessoires, puis les intercostaux s'atrophient, la respiration costale supérieure est abolie.

Quand le diaphragme vient à se prendre, la respiration devient si laborieuse que la moindre complication peut emporter le malade.

Membre inférieur.

Est rarement atteint et seulement à une période très avancée de cette affection.

Bilatéralité.

Les lésions débutent le plus souvent par la main droite; mais elles deviennent bientôt bilatérales; et on peut dire que quand un côté est pris l'autre ne tardera pas à l'être.

4° Marche.

Après un début extrêmement insidieux, où le malade se plaint seulement de fatigue rapide dans les muscles atteints, faiblesse, la maladie suit une marche lentement progressive. L'envahissement se fait sans ordre réglé, et en un an au moins, souvent en 12 ans et plus, les muscles respiratoires finissent par être lésés.

Mais, dans certains cas, il se produit des arrêts soit temporaires, soit définitifs, et la marche est véritablement enrayée.

5° Durée.

Doit donc se compter par années, de 1 à 20 ans et plus.

Terminaison.

La mort peut survenir par une complication, ou par asphyxie si le diaphragme est atrophié.

6° Complications.

a) Paralysie glosso-labio-laryngée.

Peut survenir (par extension au bulbe des lésions de la moelle?)

Dans ce cas, c'est la paralysie qui domine dans les muscles atteints par cette affection et l'aspect clinique de la maladie peut être modifié.

b) Troubles trophiques.

Congestions cutanées.
Œdèmes du tissu cellulaire.
Eruptions diverses.
Atrophie des os et de la peau.
Hypertrophie des poils.
Sueurs abondantes.

Certaines arthropathies ont été relatées par Remak et Rosenthal; mais rares.

c) Troubles de la sensibilité.

Dans l'atrophie musculaire progressive, on peut observer quelques douleurs, un refroidissement réel, déterminant une sensation de froid; la sensibilité est généralement intacte. On a cité :

Anesthésies;
Prurit interne (Vulpian).

d) Complications viscérales.

Habituellement la mort est due à une complication inflammatoire des voies respiratoires, alors que les muscles inspirateurs sont affaiblis, atrophiés.

7° Variétés.

Tel est le type Aran-Duchenne pur. Il peut être modifié par :

a) Développement du tissu adipeux dans le muscle masquant plus ou moins l'atrophie musculaire (formes mixtes).

b) Type Vulpian. — Scapulo-huméral.

Débute par les muscles de l'épaule et du bras, reste longtemps confinée à la racine du membre et respecte toujours la face.

B. Type Charcot-Marie.

Débute par les pieds, les jambes, puis les mains, les avant-bras, respecte la racine des membres et la face et le tronc.

Cette variété est très nettement héréditaire. S'accompagne de contractions fibrillaires et de troubles vaso-moteurs,

(A suivre.)

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 21 23 Mai 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La Thérapeutique de Cœlius Aurelianus (IIe siècle)

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

« Dans la péripneumonie, Dioclès soutient que les veines du poumon sont atteintes, Erasistrate opine pour les artères. Praxagore accuse les parties du poumon accolées à l'épine dorsale. Hérophile s'en prend à l'ensemble du poumon. Asclépiade restreint la lésion aux bronches, Apollonius l'étend à la fois aux artères et aux veines, Soranus estime que tout le corps est malade, mais le poumon avec plus de véhémence que le reste. »

Cette citation suffit. Elle démontre l'étoffe de compilateur que possédait Cœlius Aurelianus. Nous sommes renseignés sur la pratique de chacun, particulièrement sur celle de Soranus, dont notre homme a traduit les œuvres en latin. Dans ce traité sur les maladies aiguës et chroniques qui est son bagage parvenu à la postérité, Aurelianus renonce à toute opinion personnelle. Il est prudent. C'est toujours un voisin qui parle; l'auteur répète sans commentaires; à peine de temps à autre une variante peu compromettante. Quand tant d'hommes éminents interviennent dans la discussion, on ne se risque pas à contrecarrer leurs jugements. C'est un acte sacrilège que de mettre en doute les enseignements des maîtres.

Très précieux un pareil ouvrage! S'il fait peu d'honneur à l'intelligence de celui qui l'a écrit, en revanche, il nous initie à des écoles curieuses. Tout le système du méthodisme y est exposé. Elaboré par Thémison, ce système parmi ces défenseurs recruta Soranus, l'auteur traduit par Aurelianus et dont celui-ci rapporte la doctrine fidèle :

Une double faculté distingue les solides chez les êtres vivants : l'aptitude à se contracter ou à se relâcher. L'état de santé parfaite résulte de l'équilibre entre ces deux modes d'activité. Dans la maladie, l'équilibre est rompu ; il y a excès dans la contraction ou le relâchement. L'excès de contraction amène la dureté, la raideur, la sécheresse des tissus, la diminution ou la suppression des évacuations ; à l'excès de relâchement appartiennent les phénomènes inverses, mollesse des chairs, évacuations abondantes. Parfois les deux sortes de symptômes sont associés ; la maladie est mixte, le relâchement domine à une place, tandis que la contraction est maitresse ailleurs.

L'inflammation et les modalites qu'elle affecte sont du ressort de la contraction. Le domaine du relâchement englobe le choléra et les hémorrhagies. Sur le terrain des maladies mixtes se rencontrent la pneumonie, la phtisie, la pleurésie.

Les antiphlogistiques, dérivatifs, révulsifs conviennent aux maladies par contraction. Le relâchement est combattu par les frictions, astringents, vins, toniques. Rien que de très clair jusque-là. La confusion commence avec la discussion du cadre qui recevra telle entité morbide plus complexe. Ainsi l'hydropisie, à quel genre l'incorporer ? S'agit-il d'une maladie dure ou molle ? Dure affirment les uns, molle ripostent les autres. Et dans les camps adverses la conviction préconçue sert de base à l'argumentation.

On s'aperçoit que déjà du temps des méthodistes, la clinique manifestait son impertinence au point de se prêter très malaisément aux déformations que lui infligeait une classification autoritaire. Les maladies mixtes témoignaient, il est vrai, d'une certaine élasticité dans la disposition des cases nosologiques ; elles emboitaient, ces cases, ce qui ne pouvait pénétrer ailleurs, ce qui, tout en ne dépendant ni de la contraction ni du relâchement en particulier, participait à la fois de l'une et de l'autre. Pareille manière d'opérer comportait un avantage considérable pour la thérapeutique : on se livrait à un examen plus sérieux des fonctions compromises de façon à être renseigné sur la place respective que ces dérangements fonctionnels méritaient sur la scène morbide. Entre deux symptômes, l'un qui accusait la contraction et l'autre le relâchement, il était indispensable de discerner auquel appartenait le premier rôle, où se dissimulait la cause, et quel était l'effet, et par quelles voies sympathiques les troubles reconnus réagissaient l'un sur l'autre. C'est ainsi qu'ont été décou-

vertes les relations entre l'estomac et le cerveau; la mélancolie fut considérée comme consécutive à des troubles digestifs : gastrite alimentaire, gastrite médicamenteuse, qui apparaissent toutes deux très nettes sous la dénomination, dont on les qualifie, d'irritation par des aliments âcres ou par des drogues absorbées après le repas. Par le même procédé d'investigation, les troubles de nutrition ont été signalés dans l'étiologie de la goutte, celle-ci devenant la conséquence d'écarts dans le fonctionnement de l'estomac. Inutile d'insister sur les conseils judicieux d'hygiène thérapeutique qui découlaient de semblables vues doctrinales. Partis de leur principe erroné de contraction et de relâchement, les méthodistes entrevoyaient des vérités que leur révélait une observation rendue plus aiguë par l'obligation où ils se trouvaient d'adapter, le moins maladroitement possible, la maladie à la formule qui en spécifiait la nature.

En mathématiques, prendre une erreur comme base de raisonnement ne mène qu'à une déduction d'erreurs. La biologie est moins intransigeante : peu lui importe parfois la rectitude de l'élan initial. Il lui suffit que l'élan soit donné. Le voile de l'illusion s'écarte au vent et par intervalles sont aperçus des horizons réels, dans l'envolée vers l'inconnu.

II

Interprète de Soranus et de l'école méthodiste, Cælius Aurelianus se montre thérapeute réservé: peu de formules empiriques, beaucoup d'hygiène. La péripneumonie, dont le début de cette étude a révélé le luxe pathogénique, était justiciable de prescriptions où les conditions de chaleur et de lumière dans la chambre du malade devenaient essentielles. Réchauffé par des frictions avec des étoffes douces, le patient se voyait le thorax entouré de laine. Tenu à la diète, il buvait de l'eau chaude; les jours suivants les tisanes d'orge et de riz, les décoctions de sénégré ou d'amandes pilées avec du miel lui était autorisées. Saignées et ventouses scarifiées étaient ordonnées, à moins d'affaiblissement trop marqué. Le thorax frictionné avec du cérat et de l'huile de troëne était finalement entouré d'un emplâtre de diachylon. Dans la convalescence intervenait l'usage tonique du vin. Quant aux empiriques, leurs panacées soi-disant infaillibles contre cette maladie se composaient d'infusions de toutes sortes : rue, menthe, origan, thym, aurone, gentiane, glaïeul, mouron rouge.

Attribuée à des troubles digestifs, la mélancolie recevait le secours d'une alimentation légère d'où était banni le vin. Des ventouses, des cataplasmes de dattes et de coings étaient appliqués au creux épigastrique. La saignée et les purgations d'ellébore étaient interdites : abstention salutaire qui évitait l'affaiblissement du malade et l'irritation stomacale par lesquelles eussent été aggravés les accidents nerveux.

Dans la goutte étaient recommandées une alimentation végétale, les asperges si possible. L'ordonnance stipulait la suppression du vin et envoyait le goutteux à une station d'eaux minérales naturelles : Albula ou Cotilia, en Italie. Grâce à ce traitement, le retour des crises articulaires était retardé, sinon reculé à jamais.

Un savant chapitre est rédigé contre la phtiriase. Les poux acquéraient une importance de grand premier rôle, car ils provoquaient la calvitie grâce à la sortie de la bile par les pores du cuir chevelu; les poux naissent en effet de la bile, chacun sait ça; ensuite ces parasites, sans doute familiers à la clientèle de Cælius Aurelianus, constituaient un signe indéniable des maladies de vessie ou des tumeurs de la rate. A tels méfaits s'imposait une thérapeutique vengeresse!

Non seulement la chevelure rasée enlevait aux poux leur habitacle; mais ceux qui s'obstinaient sur les téguments dénudés étaient poursuivis par des frictions d'eau marine ou de vinaigre; on les écrasait sous des oignons broyés avec du nitre et de l'huile d'olives ; et des pulvérisations de soufre, de nitre et d'encens asphyxiaient les derniers récalcitrants. Les poux, symptôme capital en pathologie! De quel jour rêveur cette constatation éclaire les dessous de la civilisation romaine!

III

Sans doute, ce n'est pas seulement le chapitre sur la phtiriase qui faisait recommander par Cassiodore l'étude de Cælius Aurelianus aux moines du moyen âge. Ceux-ci s'empressèrent de suivre le conseil donné pour d'autres raisons encore : ils prisaient dans l'auteur prescrit ce qu'ils étaient habitués à vénérer par dessus tout: l'autorité. Un tel défilé de noms appuyait la constatation du moindre fait; tant d'affirmations se prétendaient dépositaires de la vérité. On ne se trompe pas avec un tel ensemble: partagé à l'unanimité, un avis s'impose sans discussion, surtout quand il parvient à des oreilles disciplinées sous le joug de l'Eglise. Les moines crurent en Cælius Aurelianus un peu moins qu'en Dieu, quand même assez pour déclarer inattaquables les arguments que le médecin latin entassait avec conviction.

Toute la première moitié du moyen âge fut soumise à une double thérapeutique : celle des miracles et celle de Cælius Aurelianus. Quelques couvents lisaient Celse ; mais la sobriété plus scientifique, l'originalité plus accusée de celui-ci tombaient dans des cerveaux peu aptes à saisir ces qualités. A une époque où la tradition faisait accepter sa tyrannie sans soulever une protestation, l'homme qui cherchait était peu compris. Celse apparaissait comme trop personnel ; Cælius qui n'avait rien trouvé devait forcément recueillir les sympathies de lecteurs qui pas plus que lui n'étaient émus par le besoin d'ajouter une pierre à l'édifice où ils se trouvaient à l'aise. Terrorisé par la crainte de l'hérésie, le moyen âge n'exaltait guère les initiatives ; en ce qui concerne la science, il se contenta du bagage transmis. Solide et vérifié lui sembla-t-il dans Cælius Aurelianus ; il l'adopta. C'est ainsi que non absorbé par l'obsession de la recherche scientifique, il put se consacrer à l'aise aux discussions scholastiques qui passionnaient les esprits ; cela, du moins, pour les gens intelligents. Le peuple, lui, construisait les cathédrales. Empiler des pierres satisfaisait mieux son besoin d'activité.

REVUE PROFESSIONNELLE

Questions de déontologie médicale.

Le nombre chaque jour croissant des jeunes gens qui embrassent la carrière médicale, joint à la diminution progressive de la fortune publique, a pour effet inévitable de rendre, dans notre profession, la concurrence de plus en plus difficile. Il n'y aurait rien à dire, et l'on devrait plutôt se féliciter de cet état de choses, dans l'intérêt des progrès à accomplir, si tous les médecins, également respectueux de leur dignité professionnelle, cherchaient uniquement, dans les fruits de leur labeur scientifique ou dans les résultats d'une pratique honorable et éclairée, les éléments de la notoriété qui, tôt ou tard, assure la clientèle. Malheureusement les nécessités, les exigences de la vie sont là, pressantes, quelquefois urgentes, et, acceptant trop facilement ces nécessités comme des excuses valables, bon nombre de médecins se laissent aller à des actes que leur conscience doit réprouver et, en tout cas, que notre code professionnel condamne.

Tel ce jeune médecin, dont a parlé M. Lereboullet dans son

compte rendu à l'assemblée générale de l'Association générale des Médecins de France, et qui s'est fait le triste complice de haines politiques pour arracher à un vieux confrère le titre, les fonctions, les avantages rémunérateurs que celui-ci devait à une carrière honorable et à de longs services rendus.

Ailleurs, c'est un autre jeune médecin, qui, à défaut de sentiments confraternels, paraît doué d'aptitudes commerciales remarquables. Il s'installe dans une petite localité où un vieux confrère a déjà de la peine à vivre. Le pays étant clérical, il commence par envoyer à tous les curés une circulaire dans laquelle il expose sa profession de foi parfaitement orthodoxe. En même temps il donne des consultations gratuites, baisse les prix des visites ou des consultations payantes, vend à prix réduits des médicaments et reprend pour quelques sous ceux qui peuvent rester aux clients après la terminaison de la maladie, y compris les fioles et les bouteilles.

D'autres fois, la lutte revêt une autre forme. Un médecin fait appeler un confrère en consultation. Celui-ci ne partage pas l'avis du premier sur le diagnostic et, par suite, sur le traitement de la maladie. Il cache cependant ce dissentiment à la famille du malade. Mais sa discrétion a été sans doute moins grande au debors car, deux jours après, le médecin traitant est remercié et remplacé par un autre auquel est adjoint de nouveau le médecin consultant. De là, il va sans dire, une guerre ouverte entre les deux confrères.

Ces faits datent d'hier et ont été jugés, comme ils le méritent, par la presse ou les représentants, soit de l'Association générale, soit de l'Union des Syndicats médicaux de France. On pourrait en citer bien d'autres plus ou moins semblables, dont chacun de nous a été le témoin, si même il n'a pas eu à en souffrir. Ils trabissent, de la part de ceux qui les commettent, ou une ignorance profonde, ou un parfait dédain de nos devoirs professionnels.

L'ignorance peut être l'excuse des jeunes : où peuvent-ils apprendre leurs devoirs ? Si l'on s'efforce d'accroître leur butin scientifique et d'élever leur niveau intellectuel, qui donc, à l'École, se préoccupe de leur donner une éducation professionnelle et d'élever leur niveau moral ?

Muni de son diplôme, qui lui ouvre la carrière, le jeune médecin ne sait rien de ses droits, ni de ses devoirs, et c'est à ses propres dépens, ou aux dépens des autres, qu'il va faire son éducation pratique. Sans doute, à défaut d'enseignement officiel, il a pu lire sur la matière des ouvrages tout à fait recommandables, tels que ceux de Dechambre, de Brouardel, de Grasset ; mais qui ne sait que l'attention des élèves est exclusivement réservée aux livres traitant des matières sur lesquelles portera leur prochain examen ? A ce point de vue, quand on voudra que les jeunes médecins, au début de leur carrière, ne soient pas, du fait de leur ignorance, victimes, coupables ou complices, on fera entrer les questions de déontologie dans les programmes des examens.

Mais, parmi les médecins qui compromettent la dignité de la profession, il en est beaucoup qui ne sauraient exciper de leur ignorance. Ils connaissent parfaitement leurs devoirs, seulement ils les sacrifient à leurs intérêts privés. D'autres sont dépourvus de sens moral : ils sont la honte de la profession.

Comment ramener les premiers à une intelligence plus nette et à l'observance de leurs devoirs ? Comment protéger la profession contre les atteintes des derniers ?

On n'a pas oublié que, il y a quelques années, la création d'un ordre des médecins, plus ou moins analogue à celui des avocats, a été soumise aux délibérations de l'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France. Rapporteur de la commission chargée d'étudier ce projet, j'ai rendu hommage à l'idée qui l'a inspiré, mais j'ai montré qu'il est d'une exécution impossible. Un semblable projet est actuellement à l'étude en Prusse, où il est question d'ériger des tribunaux médicaux d'honneur, avec droit d'appel devant un tribunal d'honneur supérieur présidé par le directeur du département ministériel auquel ressortissent les affaires médicales. Ces tribunaux d'honneur, qui s'étendraient à tous les médecins en exercice de leurs fonctions, à l'exception des médecins fonctionnaires et des officiers de santé, auraient pour mission de veiller à l'observation des règles de l'honneur médical, en particulier à l'accomplissement des devoirs médicaux. A cet effet, ils jouiraient d'un pouvoir disciplinaire et serviraient d'arbitres dans les différends survenus entre médecins, ou entre ceux-ci et leurs clients. Il est possible que les mœurs médicales en Prusse s'accommodent d'un projet qui met les médecins fonctionnaires au-dessus des tribunaux d'honneur; qui, pour l'institution et le fonctionnement de ces tribunaux, fait intervenir les chambres médicales, la magistrature, l'administration, le barreau; qui consacre enfin des pénalités relativement assez grandes. En France, je le répète, un pareil projet est irréalisable.

Pour des infractions graves aux devoirs professionnels, la violation du secret, par exemple, les tribunaux ordinaires suffisent, et l'on ne gagnerait rien à leur substituer des tribunaux spéciaux. Un procès Playfair n'aurait pas en France d'autre issue que celle qu'il vient d'avoir en Angleterre.

Pour les faits moins graves, mais qui dénotent un abaissement du niveau moral, il vaut mieux prévenir que sévir, et c'est à l'association, dans son sens le plus général, que revient ce rôle en quelque sorte prophylactique. Sous quelque forme qu'elle se présente, Association générale, Sociétés locales, Syndicats, Sociétés savantes ou professionnelles, l'association remplit cette mission moralisatrice en n'admettant dans son sein que des médecins honorables. Elle peut aller plus loin, et, à l'exemple de la Société locale des médecins de la Gironde, elle peut rédiger un manuel de déontologie auquel chacun de ses membres est tenu de se conformer.

Multiplions de semblables associations, dont le titre de membre équivaut à un brevet d'honorabilité et bientôt, en dehors d'elles, « il ne restera plus, comme je le disais dans mon rapport sur l'ordre des médecins, en fait d'isolés, que les indignes. La scission entre eux et nous se sera faite ainsi sans lutte, sans conflit, sans intervention d'un code quelconque, par une sorte de sélection toute naturelle. »

Les indignes, ceux dont je parlais plus baut, mis ainsi au ban de toutes les associations, condamnés à l'isolement, flétris, stigmatisés, ne sauraient plus compromettre la profession qui les aura ouvertement reniés.

Dr F. de Ranse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai. — Présidence de M. Monod.

A propos de la lecture de la correspondance :

M. le secrétaire général donne lecture d'une observation envoyée à la Société par **M. Bois** (d'Aurillac). Dans cette observation, il s'agit d'une malade opérée d'une ovariotomie qui présenta, dans la suite, des accidents de péritonite purulente à streptocoques. On a fait quatre injections du sérum antistreptococcique de M. Marmorek. La malade a guéri. Cette guérison est manifestement due, dit M. Bois, aux injections de sérum qui ont été faites.

M. Chauvel remet à la Société un travail sur les fractures du larynx.

M. Caillié (médecin militaire) remet l'article qu'il vient de publier sur les lésions traumatiques des articulations.

Diagnostic et traitement de la lithiase de la vésicule biliaire.

(Suite de la discussion.)

M. Routier. — J'apporte à la Société huit observations de cholélithiase dans lesquelles je suis intervenu.

Sur ces huit cas, dans un seul mon malade était un homme. Il semble donc que la femme soit plus fréquemment atteinte de cholélithiase, ou, tout au moins, qu'elle en présente plus fréquemment les accidents.

Si tous mes malades n'ont pas eu le sympôme ictère au moment où je les observais, tous avaient présenté antérieurement le syndrome de la colique hépatique : douleur dans la région de la vésicule biliaire exaspérée par la pression, teint pâle, cachectique, adynamique faisant penser au cancer de la vésicule. Deux fois, cependant, j'ai eu affaire à des cancers du foie là où l'on aurait pu croire à de la lithiase vésiculaire.

Donc, la douleur n'a jamais manqué chez mes malades. C'est en recherchant cette douleur que j'aurais dû rencontrer une tumeur biliaire. Mais je ne l'ai jamais rencontrée, même lorsque mes collègues de médecine, qui me présentaient les malades, disaient l'avoir sentie. A ce sujet, je tiens à répéter ce que j'ai déjà dit souvent, à savoir que quand un organe de l'abdomen est douloureux, les muscles de la paroi se contractent et empêchent toute palpation de cet organe.

Un de mes cas, notamment, est intéressant : On m'appelle auprès d'une dame de 39 ans, ayant eu des coliques hépatiques, mais pas d'ictère, et qui dit qu'elle sent elle-même une tumeur dans son hypochondre droit. Cette malade avait une paroi abdominale non réfractaire à l'exploration. Je ne trouve cependant pas la tumeur dont elle se plaint. Quelques jours plus tard, cette dame subit une crise douloureuse, elle me rappelle, et, cette fois, sa paroi abdominale étant contractée, je vois une tumeur occupant le siège de la vésicule biliaire et qui paraît s'être énucléée à travers la paroi contractée. Il s'agissait bien d'une tumeur biliaire. J'ai fait la cholécystectomie, j'ai retiré plusieurs calculs et la malade a guéri.

Je crois donc, en définitive, qu'il existe un ensemble de symptômes suffisant pour établir le diagnostic de la lithiase de la vésicule biliaire et, pour ma part, j'attache, à ce point de vue, une grande importance à l'existence de coliques hépatiques antérieures.

Dans les huit cas que je rapporte, j'ai fait trois fois la cholécystectomie et cinq fois la cholécystotomie. Un de mes malades opéré par cholécystectomie est mort. Mais il est mort de lésions étrangères à mon intervention et non diagnostiquées. L'autopsie nous a montré qu'il avait un foie criblé d'abcès anciens, avec un canal cholédoque dilaté, et un calcul au niveau de l'ampoule de Vater.

Quelle que soit la signification de ma statistique et quelles que soient les statistiques des divers auteurs, je ne crois pas qu'il soit possible d'établir des règles absolues sur les préférences qu'il convient d'accorder à tel ou tel mode d'intervention. Si j'ai fait plus souvent la cholécystotomie que la cholécystectomie, c'est que je ne pouvais pas opérer autrement.

Ce que je tiens, avant tout, à faire remarquer, c'est la bénignité particulière des interventions sur le foie. Quand j'ai fait la cholécystotomie, j'ai uniquement ouvert la vésicule, je l'ai drainée sans fixer préalablement le péritoine. D'ailleurs, je m'empresse d'ajouter qu'il m'eût été difficile de faire autre chose. J'ai toujours été obligé de rechercher la vésicule au milieu d'adhérences nombreuses unissant entre eux : foie, côlon et épiploon. De plus, la vésicule avait des parois friables s'opposant à la cholécystectomie autant qu'à la cholécystostomie.

Voici d'une façon générale, quelle a été ma pratique : la vésicule étant découverte, je l'ouvre, j'en fait le curettage, je la lave et je la draine.

Sous le drain je mets une mèche plate et je referme la plaie. Je vois la mèche au bout du quatrième jour et le drain au bout du septième jour.

La fistule consécutive a toujours guéri entre le treizième et le vingt-huitième jour, sauf dans un cas que voici : il s'agissait d'une dame souffrant depuis 1872 dans le côté droit. En 1889, elle avait eu un phlegmon dans l'hypochondre droit ; le phlegmon s'était ouvert spontanément par deux orifices, l'un situé au niveau de l'appendice siphoïde, l'autre au voisinage des côtes flottantes. Je la vis en octobre 1895. On me la présenta avec deux fistules de la paroi abdominale que l'on attribuait à des abcès froids.

J'ai examiné, sondé et reconnu qu'il s'agissait là de fistules biliaires. Bref, j'ai réuni les deux trajets fistuleux, je suis tombé sur un trajet unique conduisant dans la vésicule. Aujourd'hui, ma malade ne souffre plus, mais elle présente une fistule qui ne guérit pas et d'où ne sort pas de bile. Elle a depuis mon opération rendu des calculs par sa fistule, il est probable qu'elle en rendra d'autres.

Généralement donc, chez mes malades, la bile sort le lendemain de l'opération par le drain. Les jours suivants, la quantité de bile sortie diminue et, à partir de ce moment-là, mes malades engraissent.

Au résumé, devant une vésicule calculeuse, ma conduite est dictée par les circonstances. Si je le puis, j'enlève la vésicule, sinon, je fais la cholécystotomie.

En terminant, je signale le fait récent que voici : on m'amène, il y a quelques jours, une malade pour appendicite. Mais cette malade qui a eu autrefois des coliques hépatiques se plaint de deux points douloureux, l'un iliaque, l'autre sous le rebord des fausses côtes du côté droit, et elle les différencie très nettement. A l'exploration, je ne trouve pas de tumeur biliaire. J'incise la paroi pour enlever l'appendice. Je trouve un appendice court, mais dont le sommet présente un filament qui contourne le cœcum, et, en tirant sur ce filament, je vois apparaître le foie d'abord, puis la vésicule biliaire. Finalement j'ai enlevé cette vésicule, elle contenait deux calculs. Ma malade est opérée depuis dix jours, et je puis la considérer comme guérie.

M. Monod. — J'ai quatre observations personnelles de lithiase de la vésicule biliaire :

a) Homme de 44 ans chez lequel j'ai fait la cholécystectomie après avoir constaté l'oblitération du canal cystique et dont la vésicule contenait 233 calculs.

b) Femme de 33 ans, présentant des coliques hépatiques depuis 6 ans et une tumeur biliaire. Je fais la cholécystostomie, je retire deux calculs mais j'en laisse un dans le canal cystique d'où je n'ai pu l'extraire. Je fixe la vésicule à la paroi, je la draine et il a persisté une fistule pour laquelle la malade est revenue me voir vingt-huit mois plus tard. Cette fois-ci, je puis broyer le calcul resté dans le canal cystique, le canal paraît oblitéré et je fais la cholécystectomie qui amène la guérison définitive.

c) Il s'agit d'une malade chez qui je fais la laparotomie et où je trouve une vésicule gorgée de calculs. La vésicule est si profonde que je ne puis pas en extraire tous les calculs. Je fixai la vésicule à la paroi; les jours suivants d'autres calculs sortirent, mais il sortait aussi une quantité considérable de bile et, au bout de trois mois, la malade était épuisée par la quantité de bile perdue. Assisté de M. Terrier, j'ai alors fait la cholécystoentérostomie et la malade a guéri, non sans avoir présenté des vomissements bilieux extraordinaires accompagnés de décoloration des selles, mais qui disparurent vite.

d) Hydropisie de la vésicule, calcul dans le canal cystique. Je ne pus ni le broyer ni l'extraire. Je fixai la vésicule ouverte à la paroi abdominale. J'ai renvoyé cette malade avec une fistule paraissant en voie de guérison.

Je tiens à rapprocher de tous ces faits, avant d'en tirer une conclusion, un certain nombre d'autres faits qui ont été réunis dans la thèse de mon ancien interne M. Morin. Ainsi, 75 cas ont

été traités où l'on fit tantôt la cholécystectomie, tantôt la cholécystostomie, tantôt la cholécystoentérostomie.

La cholécystostomie a été faite 44 fois; 5 fois en deux temps, sans mort; 39 fois en un temps, avec 4 morts. Sur ces 39 opérations, cinq fois on a suivi la pratique de M. Tuffier, il y a en un mort. 34 fois on a fait l'ouverture de la vésicule avant de la fixer, et il y a eu 3 morts. Je crois, néanmoins, qu'ouvrir d'abord la vésicule avant de la fixer n'est pas aussi dangereux que l'on pourrait croire.

On a fait quatorze fois la cholécystostomie. Six fois la vésicule a été incisée puis refermée et fixée; il y a eu une mort. Huit fois, la vésicule a été abandonnée et il y a eu une mort.

Enfin, sur dix-sept cholécystectomies, il y a eu dix-sept guérisons. Ici, tantôt on a opéré comme M. Michaux, c'est-à-dire sans ouvrir au préalable la vésicule, tantôt la vésicule a été préalablement ouverte. Quelque favorables que soient les faits de cholécystectomie, je suis néanmoins partisan de la cholécystostomie. C'est une opération moins grave. Il persiste, il est vrai, une fistule, mais n'ai-je pas eu deux fois une fistule après la cholécystectomie. D'ailleurs, voici ce que disent, au sujet des fistules, les faits relevés par M. Morin : Sur quarante-six cas de cholécystostomie, il y a eu cinq fois une fistule persistante. Sept fois, il a fallu faire une seconde opération pour guérir la fistule. Six fois, la fistule a duré plusieurs mois. Donc, la fistule existe bien, à n'en pas douter. Mais cela n'est pas une raison pour abandonner la cholécystostomie.

Quant à la cholécystectomie, elle me paraît avoir deux indications principales : la certitude de la perméabilité du canal excréteur, l'oblitération certaine du canal cystique. Encore me séparerai-je ici de M. Michaux en disant qu'il faut ouvrir d'abord la vésicule pour faire cette dernière constatation.

Au résumé, devant une vésicule calculeuse, il faut évacuer le liquide de la vésicule par ponction, inciser ensuite les parois de la vésicule et extraire le calcul; alors, si la bile ne vient pas dans la plaie, si les voies biliaires sont perméables ou si le canal cystique est oblitéré, on peut, sans danger, enlever la vésicule. Mais si, au contraire, les voies biliaires sont infectées, on fait la cholécystostomie.

M. Routier. — La persistance d'une fistule biliaire ne peut provenir que du fait d'avoir fixé la muqueuse même de la vésicule à la peau. On crée ainsi un canal muqueux qui n'a pas tendance à s'oblitérer de lui-même.

M. Reclus. — Dans les trois cas de cholécystostomie que j'ai pratiqués dans ces dernières années, il m'a été impossible de fixer à la peau les parois de vésicule qui était très rétractée. Mais j'ai dû faire une sorte de canal sans muqueuse conduisant la bile à la peau. Peut-être est-ce pour cela que les trois trajets fistuleux ont rapidement guéri.

M. Reynier. — Ce qui domine cette question, c'est de savoir si la lithiase de la vésicule s'accompagne ou non d'ictère. S'il n'y a pas d'ictère, la bile passe donc dans le canal cholédoque et il est permis d'enlever la vésicule. Mais s'il n'y a pas d'ictère, le cholédoque est oblitéré, il faut faire ici la cholécystostomie.

Un cas de cholédocotomie. Guérison.

RAPPORT

M. Michaux. — M. Lejars nous a lu récemment l'observation d'une femme de 62 ans, mère de quatre enfants, qui fût prise autrefois, et à plusieurs reprises, d'ictère et de douleurs violentes ayant nécessité son alitement.

Il y a deux ans, les crises revinrent plus fréquentes et plus rapprochées. Elles devinrent enfin subintrantes, l'ictère plus foncé et l'amaigrissement plus grand. Le foie de cette malade n'était pas volumineux. Le 14 décembre 1895, M. Lejars a fait la laparotomie médiane sus-ombilicale. Il a trouvé une vésicule biliaire rétractée, indurée, vide. Mais en mettant un doigt dans l'hiatus de Winslow et en explorant le cholédoque, il a senti une bosselure sur le trajet de ce canal. Cette bosselure, c'était un calcul. Une incision de un centimètre et demi a été faite sur la paroi antérieure du canal. La veine porte volumineuse était située sur un plan antérieur au cholédoque et gênait beaucoup l'opération.

Le calcul fut extrait et il sortit du canal un liquide filant qui fut reçu sur une compresse. Le canal était dilaté au-dessus et au-dessous du siège du calcul. Nulle part ailleurs, il n'y avait d'induration.

La réunion de la suture cholédoquienne fut tentée par le catgut. On fit le drainage iodoformé de la plaie et on referma. Les suites de l'opération ont été simples; la malade a eu des vomissements bilieux le deuxième jour, le drain a été retiré le troisième. La teinte ictérique a progressivement disparu, les matières sont devenus colorées. Cependant, vers le huitième jour, il y a eu un nouvel écoulement de bile qui a duré jusqu'au mois de janvier.

Pendant cet écoulement persistant, les matières se sont décolorées à nouveau. Finalement, l'écoulement s'est tari et tout est rentré dans l'ordre.

Le fait de M. Lejars est une observation de plus à ajouter aux faits peu nombreux mais si intéressants de la chirurgie du cholédoque. Nous devons savoir gré à M. Lejars d'avoir tenté la réunion du cholédoque par première intention. Cette suture a eu, tout au moins, le bon effet de rétrécir davantage le cholédoque dilaté.

Outre cette remarque, l'observation de M. Lejars soulève deux questions que je veux maintenant discuter :

Il s'agit d'abord des indications générales opératoires pour la cholédocotomie. La malade de M. Lejars avait un âge avancé, sa maladie durait depuis longtemps, elle avait un ictère et un amaigrissement intenses. Son foie n'était pas volumineux, soit. Mais M. Lejars ne nous dit pas s'il a examiné la fonction hépatique chez cette malade : A-t-il fait l'épreuve de la glycosurie alimentaire et dosé l'urée? Cette recherche de l'état de la fonction hépatique me paraît avoir, en effet, une importance capitale. Elle donne au chirurgien des indications précieuses et l'engage à opérer ou à ne pas opérer. Pour ma part, plus je vais et plus je m'entoure, pour des opérations aussi graves que la cholédocotomie, de tous les renseignements possibles. Dans le même ordre d'idées, il faut non seulement connaître l'état du foie, mais aussi l'état des reins.

Cette observation ne s'applique pas absolument au cas de M. Lejars. Je suis convaincu que M. Lejars avait étudié complètement sa malade avant de l'opérer.

Mais c'est une observation que je tiens à bien exprimer pour tranquilliser nos confrères les médecins et les engager à nous amener leurs malades le plus tôt possible.

J'en arrive, en second lieu, aux quelques points de médecine opératoire que soulève l'observation de M. Lejars. M. Lejars a fait la laparotomie médiane pour explorer la vésicule et le cholédoque et il dit qu'il a pu, ainsi, facilement explorer ces organes. Je n'en doute pas, puisqu'il le dit. Mais je soutiens que l'incision latérale sur le bord externe du muscle droit convient mieux à ce genre d'exploration. Cependant, je sais que d'autres auteurs ont adopté l'incision médiane, en particulier M. Quénu, qui s'en trouve fort bien. Je rappelle, à ce sujet, que j'ai toujours vu la vésicule biliaire en dehors du muscle droit externe, que, d'après mes recherches sur le cadavre, j'ai cru pouvoir donner la vésicule comme guide pour aller à la recherche du cholédoque, qu'enfin il me paraît plus simple d'aller d'abord à la recherche de cette vésicule en incisant juste à son niveau. M. Lejars nous dit aussi que, chez sa malade, il a trouvé la veine porte en avant du canal cholédoque. D'habitude, je le rencontre toujours en

arrière et en dedans du canal. Ce point d'anatomie était intéressant à signaler.

M. Jullien lit un mémoire sur les ulcérations blennorrhagiques et leurs complications.

Présentation de pièces.

M. Malapert (de Poitiers) présente un volumineux lipome qu'il a enlevé de la jambe d'un enfant de cinq ans. Ce lipome siégeait entre les deux couches de muscles de la région postérieure de la jambe. Les muscles étaient intacts. Il existait entre le tibia et le péroné de ce côté un écartement de sept centimètres et demi.

L'observation de M. Malapert est remise à nne commission dont M. Berger est nommé rapporteur.

M. Routier présente deux appendices iléo-cœcaux.

M. Gérard-Marchand. — Chez une fillette de quatre ans et demi, j'ai trouvé une forme d'appendicite que je n'ai vu signalée nulle part. Le ventre ouvert, j'ai rencontré. en effet, un appendice gros comme mon petit doigt et criblé d'ulcérations. Cet appendice a été examiné dans le laboratoire de M. Braud où on l'a déclaré tuberculeux. Or, l'enfant avait était prise de sa maladie comme on est pris généralement d'une attaque d'appendicite, très brusquement. Il y a donc des appendicites d'origine bacillaire qui peuvent évoluer en quelques jours.

Présentation de malades.

M. Routier. — Voici un bomme qui était atteint de péritonite généralisée pour appendicite. J'ai ouvert, lavé et drainé le péritoine. Ce malade est aujourd'bui guéri.

M. Reynier. — Pourquoi dites-vous qu'il avait une péritonite généralisée?

M. Routier. — Parce que les anses intestinales étaient flottantes dans l'abdomen et qu'il y avait du pus, partout, dans le péritoine.

M. Tuffier. — Il y a, en effet, des cas de péritonite généralisée qui guérissent.

M. Reynier. — Tel n'est pas mon avis. Et, d'abord, je déclare qu'il est impossible d'affirmer si une péritonite est généralisée ou si elle ne l'est pas. L'ouverture que vous faites est insuffisante pour en juger. Vous voyez bien un intestin rouge et un ventre ballonné, soit. Mais quant au pus, il vous est impossible de dire s'il en existe ou non partout. Je croie donc que tous les cas de péritonite généralisée que l'on nous présente ne sont que des cas de péritonite localisée.

M. Berger. — Je ne suis pas, à mon tour, de l'avis de M. Reynier. Les malades que j'ai présentés comme guéris d'une péritonite généralisée avaient en réalité le péritoine plein de pus, les intestins étaient flottants dans la cavité, ce qui n'a pas lieu dans la péritonite circonscrite.

M. Reynier. — J'ai souvent opéré des malades qui avaient tout l'extérieur de péritonites généralisées, mais où j'avais la conviction, en opérant, que cbez eux la péritonite était localisée.

M. Routier. — Je regrette que M. Reynier n'ait pas examiné le malade que je viens de présenter. Il aurait certainement été convaincu, comme moi, de la vérité de mon diagnostic. D'ailleurs, c'est justement parce que des faits de ce genre sont rares que j'ai tenu à signaler ce fait.

M. Delorme. — Ces faits sont tellement rares, en effet, que pour ma part, toutes mes péritonites généralisées ont succombé à l'opération. Il s'agissait toujours de suites d'appendicites.

M. Hartmann présente un malade atteint d'un anévrysme faux du creux poplité qu'il a opéré par la métbode ancienne : incision large du sac et simple tamponnement. M. Picqué est nommé rapporteur.

M. Rochard présente un malade auquel il a fait une amputation interscapulo-thoracique pour sarcôme récidivé des parties molles de l'épaule. M. Marchand est nommé rapporteur.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai.

Syphilis héréditaire de la moelle épinière.

M. Fournier lit un rapport sur un travail de **M. Gilles de la Tourette** au sujet de la syphilis héréditaire de la moelle épinière. La moelle peut être atteinte à trois époques différentes : pendant la vie intra-utérine, pendant l'enfance, pendant l'âge mûr.

En ce qui concerne le premier cas, ce sont des lésions congénitales amenant la mort du fœtus, ou du moins la mort de l'enfant à la naissance ou dès les premiers mois de l'existence. Ces lésions se traduisent par de la méningo-myélite diffuse embryonnaire; elles peuvent être comparées aux lésions d'hépatite diffuse embryonnaire qu'a décrites Hudelo. Cliniquement elles revêtent souvent l'aspect du syndrome de Little.

Apparaissent-elles à un moment où l'enfant est plus âgé, ces lésions vont se localiser, atteignant le système artériel ou conjonctif à l'exclusion des autres. C'est ainsi que l'on a vu la polyomyélite antérieure apparaître à cet âge.

Enfin, dans l'âge mûr, les manifestations médullaires hérédosyphilitiques consistent en myélopathies. La clinique les découvre rarement, bien que la théorie les admette et que le fait ne soit pas exceptionnel. On peut même le voir au delà de l'âge de quarante ans, et, d'après l'auteur, le tabès doit rentrer dans le cadre de ces accidents médullaires bérédo-syphilitiques.

Traitement des tumeurs malignes par le sérum d'âne naturel et immunisé.

MM. Arloing et **Courmont** ont essayé de traiter par le sérum d'âne naturel et immunisé différents épithéliomes et sarcomes ayant atteint des organes de tout genre.

Ils ne croient pas que ces injections puissent guérir les tumeurs malignes et empêcher leur récidive ou leur généralisation. En effet, leurs expériences leur ont montré que les injections de sérum ont produit de vives réactions et des tumeurs érysipélateuses. Quelquefois, ils ont eu, il est vrai, une amélioration passagère, mais après une dizaine d'injections, les douleurs augmentaient de violence, à tel point que les malades ne voulaient plus continuer le traitement.

Les injections de sérum offrent néanmoins quelque utilité en provoquant une diminution de la zone inflammatoire des tumeurs, ce qui facilite l'intervention chirurgicale. On obtient ces améliorations tant avec le sérum d'âne préparé qu'avec le sérum naturel. Mais le sérum d'âne préparé contient des substances toxiques qui ne se trouvent pas dans le sérum naturel, d'où apparition de symptômes généraux, de purpura, d'œdème.

Rôle thérapeutique du suc gastrique.

M. Frémont (de Vichy) rappelle qu'il a présenté à l'Académie du suc gastrique pur, qu'il avait obtenu par l'isolement de l'estomac du cbien. Il ajoute aujourd'bui avoir eu de bons résultats par l'emploi thérapeutique de ce suc au cours de diverses maladies du tube digestif, comme l'embarras gastrique, l'entérite, le choléra nostras, la grippe à forme gastro-intestinale, l'intolérance gastrique, l'apepsie, l'bypochlorbydrie.

Contagion professionnelle du cancer.

M. Pozzi lit un rapport sur un travail de **M. Guermonprez** sur la contagion professionnelle du cancer:

M. Cornil observa un cas de contagion cancéreuse il y a quelques années. Depuis cette époque, plusieurs faits semblables ont été signalés, bien en concordance d'ailleurs avec la théorie parasitaire du cancer. Aussi certains auteurs, comme M. Guelliot (de Reims), admettent-ils l'inoculabilité du cancer, auquel ils recon-

naissent une origine infectieuse. D'autres auteurs, comme M. Cazin, nient la possibilité de la contagion du cancer.

L'orateur croit qu'il faut considérer deux ordres de faits : l'autoinoculation néoplasique et l'ensemencement par le chirurgien au cours d'une opération.

L'auto inoculation ne laisse pas de doute. On ne saurait dire toutefois s'il s'agit d'une greffe véritable ou d'une irritation chronique favorisant l'apparition du néoplasme. Quant à l'ensemencement, ce n'est pas une inoculation directe, mais l'effet de la production d'un lieu de moindre résistance.

Si dans les deux observations de M. Guermonprez il y avait production de néoplasies épithéliales, il faut voir là un fait de transplantation et non d'inoculation cancéreuse.

Myxodermie contracturante hémorrhagique.

M. Landouzy lit un rapport sur un travail de M. H. de Brun (de Beyrouth), ayant trait à une maladie dont voici les principaux caractères :

La maladie débute subitement, avec forte fièvre, malaise, vomissements, céphalalgie, agitation nocturne, phénomènes typhiques et même délire souvent violent. La température se traduit par une courbe avec trois périodes distinctes ; dans la première, le thermomètre monte brusquement à 38° et, pendant huit à dix jours, oscille de 39° à 40° ; dans la seconde, il y a apyrexie pendant huit jours, quelquefois même hypothermie ; dans la troisième, enfin, la température remonte aux environs de 39°.

En même temps que ces phénomènes, on assiste à une contracture généralisée, surtout marquée au niveau des muscles masticateurs, de ceux du visage et de la nuque. La peau s'altère et devient malléable comme de la cire molle. Enfin, au début de la troisième période, surviennent des hémorrhagies sous-cutanées, sous forme d'ecchymoses multiples au milieu d'une zone blanche et douloureuse. Il n'y a ni météorisme, ni taches rosées; on ne voit aucune éruption.

La maladie dure trois à quatre semaines et le pronostic en est très sérieux. Le principe infectieux de cette affection est encore inconnu.

Photographie d'une balle dans l'intérieur des tissus.

M. Monod présente la photographie, par les rayons Rœntgen, d'une balle qui séjournait depuis dix ans dans l'épaisseur de l'éminence thénar. Elle n'y avait provoqué aucun accident et s'y était fragmentée en deux morceaux.

Accouchement par dilalation et incision du col.

M. Robert (de Pau) lit une observation d'accouchement dans laquelle il a fallu extraire le fœtus de la cavité utérine, après avoir fait la dilatation manuelle progressive et l'incision de l'orifice externe du col.

Séance du 19 mai.

De l'anesthésie locale au moyen de la cocaïne.

M. Reclus. — Depuis tantôt dix ans que je défends l'anesthésie locale au moyen de la cocaïne, un petit nombre d'auteurs m'ont suivi dans cette voie. Et pourtant, je maintiens que la cocaïne est un anesthésique supérieur, préférable à tous les autres agents anesthésiques, au gaïacol en particulier, dont M. Lucas-Championnière s'est fait récemment le défenseur. J'ai comparativement étudié la cocaïne et le gaïacol. La sensibilité a toujours été abolie dans la région où j'avais injecté une solution de cocaïne, elle ne l'a jamais été dans les régions gaïacolées.

Je voudrais aussi revenir sur les accidents que l'on a imputés à la cocaïne et sur les préceptes qui doivent guider son emploi.

Les accidents causés doivent être imputés en partie à l'opérateur. J'ai déjà donné les indications pour l'éviter :

a) N'employer que des solutions à 1 0/0;

b) Ne jamais dépasser la dose totale de 0 gr. 15 à 0 gr. 20;

c) N'opérer le malade que couché;

d) Eviter la pénétration du liquide dans une veine, en ayant soin de faire cheminer l'aiguille de la seringue dans le derme, en même temps qu'on pousse le piston.

La cocaïne ne doit enfin être employée que dans les cas où l'on peut régler d'avance les divers temps de l'opération et où le champ opératoire est limité. J'ai renoncé à la cocaïne dans les opérations sur l'abdomen et dans les amputations des jambes, me réservant toutefois de l'employer quand le chloroforme est contre-indiqué.

Pathogénie de l'appendicite.

M. Poncet (de Lyon) donne les résultats de l'examen de quinze appendices amputés par lui. Il résulte de cet examen que la théorie du *vase clos*, défendue par M. Dieulafoy, n'est pas le seul élément de la pathogénie de l'appendicite. Elle ne répond pas à la généralité des faits. Les rétrécissements observés sur l'appendice sont, comme l'a dit M. Laveran, la plupart du temps le résultat et non la cause de l'appendicite. Actuellement, enfin, l'infection paraît être la seule cause vraiment démontrée de l'appendicite.

M. Poncet n'admet pas davantage que les appendicites familiales soient liées à la transmission héréditaire de certains vices de conformation de l'appendice. Il ne voit encore là que la prédisposition des membres d'une famille à l'infection.

Sur un procédé de restauration des pertes de substance étendues de la voûte palatine.

M. Delorme communique l'observation d'un malade atteint d'une perte de substance de la voûte palatine de deux centimètres carrés qu'il a comblée au moyen d'un lambeau emprunté à la face interne de la joue et ayant trois centimètres de diamètre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mai.

Stéthographie bilaterale.

MM. Gilbert et **Roger.** — Nous avons l'honneur de présenter à la Société une série de traces recueillies sur des sujets normaux ou atteints d'affections thoraciques. Nous nous sommes servis, pour nos recherches, d'un appareil qui enregistre séparément les mouvements de chaque moitié du thorax ; on peut ainsi saisir les moindres modifications survenues dans le mode respiratoire d'un des côtés : c'est à cette méthode que nous donnons le nom de stéthographie bilatérale (στῆθος, poitrine).

L'étude préalable que nous avons faite sur des sujets normaux nous a montré que, dans la moitié des cas, l'ampliation thoracique est plus marquée d'un côté que de l'autre ; les différences, d'ailleurs légères, deviennent plus appréciables pendant les inspirations profondes, les mouvements intenses et saccadés comme la toux ou le rire. Pendant l'effort, quand celui-ci est considérable, la respiration s'arrête complètement des deux côtés ; puis elle reprend, d'abord profonde et lente, pour revenir ensuite assez vite au type normal. Si le sujet contracte ses muscles avec moins d'énergie, la pause respiratoire n'est pas complète, mais on observe alors, entre les deux côtés, une différence assez curieuse : les mouvements diminuent surtout ou même s'acculent totalement du côté où se produit l'effort, et persistent, quoique affaiblis, de l'autre côté.

Nos recherches cliniques ont porté sur 7 malades atteints ou guéris de pleurésie ; 4 d'entre eux étaient porteurs d'épanchements séreux plus ou moins abondants. Comme il était facile de le prévoir, les tracés ont montré, pendant la période d'état, une diminution de l'expansion thoracique du côté atteint, d'autant

plus marquée que l'épanchement est plus abondant; mais, dans tous les cas de pleurésie séreuse, les mouvements étaient encore appréciables.

Chez un malade, nous avons étudié les modifications qui suivent la thoracenthèse : il s'agissait d'une pleurésie gauche, ayant refoulé le cœur dont les battements s'inscrivaient sur le tracé du côté droit; 10 minutes après la ponction, les tracés avaient encore les mêmes caractères; ce n'est qu'au bout d'une demi-heure que l'expansion thoracique est devenue plus énergique et que le cœur a pris une situation médiane.

Dans les cas à grand épanchement, les changements se produisent avec une lenteur encore plus considérable; il faut plusieurs ponctions pour provoquer ce changement.

Au moment de la guérison apparente, le côté atteint peut respirer suivant un rythme normal; ailleurs les troubles persistent, parfois trop légers pour être reconnus à l'inspection. Les tracés peuvent révéler alors une amplitude moitié moindre du côté qui a été affecté, les différences s'exagèrent encore pendant certains mouvements étendus ou saccadés, pendant les fortes inspirations, la toux, le rire.

Enfin, dans un cas de pleurésie très ancienne avec rétraction du thorax, le tracé est traduit du côté atteint par une simple ligne onduleuse; la respiration était donc presque nulle.

Les tracés stéthographique sont influencés, non seulement par l'abondance, mais aussi par la nature des épanchements; chez un malade ayant une pleurésie peu abondante, le côté atteint était complètement immobile, c'est qu'il s'agissait dans ce cas d'une pleurésie hémorrhagique, liée à un cancer pleuro-pulmonaire.

Des modifications analogues, mais encore plus accentuées, s'observent dans le pneumothorax; déjà manifestes pendant les respirations calmes, elles s'exagèrent pendant les respirations forcées et pendant la toux; il est des cas où le malade ne tousse que du côté sain; pendant les quintes, le tracé ne présente pas du côté atteint les modifications caractéristiques.

Ces quelques exemples montrent le parti qu'on peut tirer de la stéthographie bilatérale; sans doute, il ne s'agit pas là d'une méthode pratique; comme le sphygmographe, le stéthographe ne sert qu'à vérifier et à préciser les données obtenues par les procédés habituels d'investigation.

Lupus éléphantiasique de l'avant-bras, consécutif à une tuberculose des os de la main, compliquée d'érysipèle récidivant.

M. G. Thibierge. — Voici un homme de 35 ans, qui présente une lésion du membre supérieur, caractérisée par : 1° un état éléphantiasique, avec œdème considérable de l'avant-bras; 2° des déformations de la main (disparition des deux premières phalanges de l'auriculaire avec conservation de la troisième, et état normal de l'ongle; incurvation de l'index, dont les phalanges sont réduites de volume et dont l'ongle est en état d'onychogriphose); 3° larges plaques papillomateuses du dos de la main, du pouce et de la partie inférieure de l'avant-bras, ayant tous les caractères de la tuberculose papillomateuse; 4° nombreuses nodosités lupiques, disséminées sur la partie postérieure de l'avant-bras.

Ces lésions ont débuté, dans l'enfance, par des abcès d'origine osseuse auxquels ont succédé, au bout de plusieurs années, les plaques papillomateuses et la tuméfaction considérable de l'avant-bras. Le malade a eu une série d'érysipèles, localisés à la main et à l'avant-bras.

La nature tuberculeuse de ces lésions ne peut faire de doute; manifestement, il s'agit de la lésion connue sous le nom de lupus éléphantiasique, laquelle est rare au membre supérieur, et beaucoup plus fréquente au membre inférieur.

J'insisterai sur deux points :

1° L'origine osseuse des lésions : c'est là un fait bien connu pour le lupus éléphantiasique, mais qui n'en mérite pas moins d'être relevé, d'autant plus que l'on peut généraliser le fait de l'origine profonde du lupus; depuis que je cherche avec insistance les origines de cette affection, je ne rencontre presque plus de lupus qui n'ait pour point de départ l'ouverture d'une lésion des os, des ganglions, des voies lacrymales;

2° L'existence d'érysipèles, lesquels ont été l'origine de l'état éléphantiasique du membre : on a voulu voir dans l'érysipèle un moyen curateur du lupus. Le fait actuel, auquel j'en pourrais ajouter beaucoup d'autres, montre le peu de cas qu'il faut faire de cette opinion; il montre, en outre, que l'érysipèle, au lieu d'avoir une action favorable, peut aggraver singulièrement l'état d'un membre atteint de lupus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 mai.

Du lavage du sang dans les infections.

M. Félix Lejars. — Le lavage du sang dans les infections a été expérimenté par MM. Dastre et Loye en 1889. Depuis longtemps déjà on l'employait dans le choléra. M. Hermann Sahli (de Berne), en 1890, y a eu recours contre un certain nombre d'infections chirurgicales. Aujourd'hui les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel pour les hémorrhagies, pour le choc traumatique ou opératoire, sont dans la pratique courante. Personnellement j'emploie souvent ce procédé de façon fort efficace, et dans les opérations sur des malades anémiés et déprimés, je commence par faire une injection sous-cutanée de 400 à 500 grammes de sérum, que je répète à nouveau pendant l'opération et les premiers jours qui la suivent.

Le lavage du sang dans les infections, dont je veux m'occuper ici, au moyen d'injections intra-veineuses massives, donne de forts bons résultats dans les grandes infections. L'emploi de ces injections provoque une accalmie et une atténuation passagère des accidents, grâce auxquelles on peut se permettre une utile intervention.

La voie intra-veineuse est préférable dans les cas urgents, car son action est plus rapide. D'ailleurs la voie sous-cutanée permet l'injection de quantités de sérum tout aussi considérables.

Pour que le lavage du sang réussisse, il faut que les reins fonctionnent bien. J'ai en effet vu deux malades chez qui elles avaient été sans résultat, et dont à l'autopsie les reins étaient petits et scléreux, avec tous les viscères infiltrés. Pour se rapprocher le plus possible du lavage physiologique pratiqué par M. Dastre, on combine les injections intra-veineuses répétées deux fois par jour avec les injections sous-cutanées, renouvelées toutes les deux heures.

Avec le concours de M. Laborde, j'ai fait quelques expériences sur des chiens à propos de la technique du lavage du sang. L'animal était d'abord infecté par la voie intra-péritonéale, avec de la bile de bœuf mélangée à une culture de coli-bacille. Quand l'état général était sérieusement atteint, on faisait l'injection intra-veineuse. Le résultat obtenu a été identique à celui obtenu chez l'homme. Il est même possible que, faite avant ou peu après l'inoculation, l'injection intra-veineuse soit nocive et accélère le processus infectieux. Toutefois je n'ai pas vu un nombre de faits assez grand pour pouvoir en tirer des conclusions fermes à ce dernier point de vue.

Les conclusions suivantes, au contraire, sont établies après six mois d'études sur les injections intra-veineuses massives dans les infections, et sont basées sur des résultats fournis par la clinique :

1° L'injection de sérum artificiel, à dose massive, est inoffensive;

2° Dans les cas désespérés, elle retarde la mort et donne des trêves utilisables;

3° Sous la réserve que les reins fonctionnent bien, elle donne,

dans les infections, des succès inattendus, et mérite d'être érigée en méthode générale. Une infection grave, menaçante à bref délai, peut être conjurée ou atténuée par une injection massive de plusieurs litres; mais il est le plus souvent nécessaire de renouveler le lavage pendant plusieurs jours, avec ténacité, et d'injecter une quantité totale considérable de liquide. Pour se rapprocher, autant que possible, du lavage proprement dit, il est utile de combiner l'injection intra-veineuse avec les injections sous-cutanées, fréquemment répétées;

4° La voie utilisée importe peu; mais la voie intra-veineuse, d'ailleurs inoffensive, de technique simple, assure un résultat plus rapide, et doit être préférée dans les cas urgents;

5° Le mode d'action est encore mal déterminé, et peut être multiple; quoi qu'il en soit, il est utile de combiner la méthode des injections à tous les moyens propres à accroître la quantité de liquide qui traverse et lave l'organisme, aux boissons abondantes, s'il n'y a pas de contre-indication abdominale, aux grands lavages de l'intestin.

M. Charrin. — Les solutions minéralisées peuvent être utilisées de bien des façons. Ou bien en injecter des doses considérables, ou bien des volumes moindres, comme 100 à 300 centimètres cubes, ou bien on peut avoir recours à des proportions faibles. Le fait est important, car suivant la quantité employée, on détermine des phénomènes différents, car on met en œuvre des méthodes absolument distinctes.

L'étude de ces agents est d'autant plus utile à faire que leur emploi se généralisera de plus en plus, car les résultats sont souvent heureux.

J'ai noté expérimentalement la diurèse, la diarrhée, l'accroissement de l'urée, les oscillations de la pression. Il faut remarquer aussi le peu d'importance de la mise en jeu de tel ou tel sel.

En tous cas, c'est un véritable abus de langage que de désigner des solutions salines sous le nom de sérums. Le véritable sérum n'est pas seulement une solution aqueuse minéralisée. Il contient des ferments, de la sérine, des globules, des principes voisins des albuminoses toxiques, des diastases. Il a un pouvoir de précipitation; il a des effets toxiques pour lesquels surtout il importe de faire une distinction nette entre le vrai sérum et le sérum dit artificiel.

M. Chauveau dit à son tour que le sérum est une humeur trop physiologiquement définie, trop toxique, pour que l'on désigne sous ce nom de pures solutions salines.

Valeur antiseptique du benzène.

MM. Chassevant et **Oot.** — M. Chassevant rappelle qu'il a déjà montré expérimentalement que le pouvoir antiseptique du benzène ou benzine du commerce est moindre qu'on le croit en général. Etudiant la question à nouveau avec M. Oot, M. Chassevant a vu ses premières conclusions confirmées par des expériences ayant porté sur le bacille charbonneux et le colibacille.

Le contact du benzène ne semble pas produire l'effet antiseptique voulu, même s'il est suivi de l'action de la chaleur à 70 degrés, en présence de l'air, pendant 24 heures. Tout au plus les benzines commerciales retardent-elles la végétation des microbes.

Relâchement des muscles dans l'hémiplégie organique.

M. Babinski a vu dans plusieurs cas d'hémiplégie ou de monoplégie brachiale par suite de lésions de l'encéphale, un relâchement des muscles qu'il est facile de mettre en évidence par le moyen suivant: on peut faire exécuter aux membres paralysés des mouvements passifs d'une étendue plus grande qu'aux membres du côté sain. M. Babinski a particulièrement noté le fait pour la flexion de l'avant-bras sur le bras. Il rapproche ce trouble de l'abaissement de la commissure labiale, constatée dans l'hémiplégie organique.

Dans l'hémiplégie hystérique, l'auteur n'a pas observé ce fait. Aussi y a-t-il peut-être là une différence diagnostique entre l'hémiplégie et la monoplégie brachiale organique, d'une part, et l'hémiplégie et la monoplégie brachiale hystérique, d'autre part.

L'ingestion du corps thyroïde dans l'idiotie myxœdémateuse.

M. Bourneville montre à la Société une enfant de 4 ans atteinte d'idiotie myxœdémateuse. Elle a soixante-dix centimètres de haut et pèse onze kilogrammes. Ses ascendants furent alcooliques ou névropathes. Dans deux mois, l'orateur la présentera de nouveau à la Société, après l'avoir soumise au traitement d'ingestion du corps thyroïde.

Action des inhalations chloroformiques sur l'élimination de l'azote par les urines.

M. Vidal ayant eu l'occasion d'examiner les urines d'une malade que l'on chloroformait, vit une décharge d'urée aussi abondante qu'après un traumatisme opératoire. Il a ensuite fait différentes expériences sur les animaux, grâce auxquelles le fait a été confirmé. Sous l'influence des vapeurs de chloroforme, il se produit une désassimilation active des matériaux azotés, contrastant avec le ralentissement des combustions des hydrates de carbone admis par beaucoup d'auteurs.

D'un vestige de la clavicule.

M. Chauveau lit une note de **M. Lesbre** où cet auteur montre que chez différents animaux, comme les pachydermes, les solipèdes domestiques, il y a un raphé fibreux coupant le gros muscle mastoïdo-huméral, formé par l'union des portions claviculaires du trapèze et du deltoïde avec le cléido-mastoïdien, et que ce raphé fibreux est un vestige de la clavicule.

Anomalie des muscles de l'œil.

M. Chauveau lit une note de **M. Blanc** qui a vu deux fois, chez le cheval, une anomalie qui tend à donner au muscle petit oblique la disposition anatomique du grand oblique. Il faut sans doute voir là une tendance du petit oblique à se perfectionner comme son antagoniste. Le petit oblique tendrait à devenir digastrique, étant primitivement monogastrique.

D'un parasite du foie des nègres.

M. Giard présente un parasite que lui ont envoyé MM. Marchoux et Chouard. Il a été recueilli dans le foie d'un tirailleur sénégalais, mort au milieu d'accidents de méningite aiguë. A l'autopsie, on trouva le foie et le mésentère pleins de petits kystes contenant un parasite de 18 à 22 millimètres de long animé de mouvements lents. Il a nom Pentastomum constrictum Siebold. Ce sont sans doute ces parasites qui ont déterminé les accidents méningés.

Les rayons X et les microbes lumineux.

M. R. Dubois fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de **M. Chauveau**, une note sur les résultats qu'il a obtenus en exposant des plaques photographiques, enveloppées de papier, au-dessus de cultures liquides de photobactériscées lumineuses.

Existence simultanée de deux ferments d'oxydation dans les cellules végétales.

M. Gley lit une note de **M. Rey-Pailhade** sur l'existence fréquente d'un ferment d'oxydation répandu dans les jeunes racines et les jeunes tiges des grains germés. De plus, les cellules végétales contiennent la laccase. Le ferment végétal ne se confond donc pas avec le ferment du règne animal qu'ont décrit MM. Rohman et Spitzer.

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

Des poudres de viande ; leur emploi.

Grâce aux perfectionnements des procédés de fabrication, grâce aussi aux soins consciencieux apportés dans le choix des animaux qui servent à la fabriquer, la poudre de viande s'est imposée aujourd'hui en thérapeutique et ses applications sont des plus nombreuses.

Est-il nécessaire de rappeler le parti que Debove a tiré de ce médicament-aliment dans la tuberculose? Il est aujourd'hui admis par tous les praticiens qu'un des moyens les plus rapides et les plus sûrs de guérir la tuberculose est la suralimentation par la poudre de viande. On la fait prendre dans du chocolat, des grogs, incorporée à des sirops, etc., et on évite ainsi la méthode désagréable du gavage. Sous l'influence de cette suralimentation, on voit rapidement disparaître l'anorexie ; la nutrition se faisant mieux, toutes les fonctions auparavant languissantes se relèvent et on assiste pour ainsi dire à une résurrection complète des malades.

En même temps que renaît l'appétit, les sueurs cessent, le sommeil devient possible et réparateur, l'amaigrissement fait place à un embonpoint marqué ; ces modifications dans l'état physique agissent sur le moral du malade et on arrive peu à peu à si bien modifier le terrain de culture du bacille tuberculeux, que la guérison ne devient plus qu'une question de persévérance dans toutes les mesures hygiéniques ordinairement prescrites en pareille circonstance.

La poudre de viande de Trouette-Perret offre toutes les garanties désirables et si, malgré les avantages qu'elle présente en tant qu'aliment excessivement riche en principes protéiques, d'une facile digestion et d'une assimilation parfaite, il n'est encore que peu dans les coutumes de s'en servir dans l'alimentation ordinaire, il n'en est pas moins vrai que, dans la thérapeutique, cette préparation s'est acquis un rang de premier ordre. Les hôpitaux militaires et les hôpitaux civils en font une consommation qui ne fait que progresser, dans la plupart des maladies chroniques, dans les convalescences et, surtout, dans toutes les maladies où la suralimentation est indiquée.

La grande faveur dont jouit la poudre de viande de Trouette-Perret est due aux soins tout particuliers avec lesquels elle est préparée. Sans aucune odeur, d'une saveur agréable, elle est excessivement bien tolérée, d'une assimilation facile et d'une valeur alimentaire incomparable. L'examen microscopique y fait voir des fragments de fibres striées en abondance ; par contre, on n'y trouve pas trace de bactéries ; desséchée à 100°, elle donne en moyenne 14 à 17 0/0 d'extrait sec ; de plus, elle contient en quantité notable l'azote, les matières grasses, les lactates, les phosphates, les matières extractives et aromatiques indispensables à la nutrition et à une bonne digestion.

La poudre de viande de Trouette-Perret représente cinq fois son poids de viande crue ; 100 grammes de poudre représentent donc, comme valeur nutritive, 500 grammes de viande fraîche.

La suralimentation par le tube de Debove est rarement employée aujourd'hui, grâce à la facilité avec laquelle on peut administrer par la bouche la poudre de viande de Trouette-Perret, dépourvue d'odeur et possédant une saveur plutôt agréable. Cependant chez les tuberculeux qui ont une anorexie profonde ou qui vomissent leurs aliments en toussant, il sera parfois utile de recourir au gavage en commençant le traitement, mais pour quelques jours seulement.

Dans la plupart des autres cas, où l'usage de la poudre de viande est indiqué, on arrivera toujours à faire prendre celle de Trouette-Perret, soit dans un bol de lait ou de bouillon, soit dans un sirop de punch ou dans un grog simple, soit dans du thé, du chocolat ou du potage au tapioca. C'est ainsi qu'on l'administrera dans les cas de diarrhées, de dyspepsies, d'ulcères de l'estomac ; dans les convalescences, surtout dans celles des enfants et des jeunes gens, dans l'anémie et la chloro-anémie, dans tous les cas, en un mot, où l'alimentation se fait mal et où la suralimentation est indiquée. Dans la croissance rapide de certains enfants, la poudre de viande interviendra souvent avec profit, en livrant à l'organisme, sous une forme très facilement assimilable, un aliment complet, riche en matières protéiques, en matières hydrocarbonées et en phosphates.

Dr E. Lasnier.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 26 AU 30 MAI 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 26 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Rémy. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Chantemesse, Achard. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Laboulbène, Charrin, Marie. — 3e (2e partie, 3e série) : MM. Raymond, Roger, Ménétrier. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Duplay, Campenon, Quénu. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Berger, Nélaton, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Cornil, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

Mercredi 27 mai, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Pinard, Reynier, Walther. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Grancher, Gilles de la Tourette. — 4e : MM. Landouzy, Netter, André. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Monod, Ricard, Lejars. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Delbet, Broca. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Straus, Joffroy, Wurtz.

Jeudi 28 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Albarran, Letulle. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : Rémy, Thiéry, Wurtz. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Duplay, Maygrier, Poirier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Le Dentu, Berger, Bonnaire. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Thoinot. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Grancher, Raymond, Marfan. — 4e : MM. Pouchet, Achard, Netter.

Vendredi 29 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Delbet, Heim. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Sebileau, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Straus, Gaucher. — 4e : MM. Pouchet, Thoinot, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Reclus, Broca. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Grancher, Landouzy, Gilles de la Tourette. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Hayem, Wurtz, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

Samedi 30 mai, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Polaillon, Quénu. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Letulle, Hutinel. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (3e série) : MM. Cornil, Chantemesse, Marfan. — 5e (1re partie) Chirurgie, Charité : MM. Duplay, Le Dentu, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Joffroy, Ménétrier, Roger. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Gilbert, Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

EXAMENS D'OFFICIAT

Mercredi 27 mai, à 1 heure. — 1er (Définitif) : MM. Rémy, Retterer, Poirier.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 27 mai, à 1 heure. — *M. Benoit* : Du gaïacol et de la cocaïne considérés comme anesthésiques locaux (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Widal). — *M. Venassier* : Contribution à l'étude du traitement des kystes hydatiques uniloculaires (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Widal). — *M. Emery* : Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme (MM. Fournier, Terrier, Gaucher, Sebileau). — *M. Beausse* : Du traitement des moignons douloureux par la névrectomie à distance (MM. Terrier, Fournier, Gaucher, Sebileau).

Jeudi 28 mai, à 1 heure. — *M. Verhaeven* : Une observation d'éléphantiasis filarien (MM. Proust, Joffroy, Marie, Gilbert). — *M. Carpentier* : De la défense dans le délire de la persécution chronique (MM. Proust, Joffroy, Marie, Gilbert). — *M. Guilleminot* : Albuminurie

dans les maladies chroniques (MM. Bouchard, Cornil, Hutinel, Roger). — *M. Simon* : Des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement des grandes hémorrhagies et de la septicémie péritonéale post-opératoire (MM. Cornil, Bouchard, Hutinel, Roger). — *M. Berthoud* : Géographie médicale et statistique de Vitteaux (Côte-d'Or) (MM. Laboulbène, Debove, Chantemesse, Charrin). — *M. Rebalet* : Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie (MM. Debove, Laboulbène, Chantemesse, Charrin). — *M. Olgiati* : Splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate (MM. Polaillon, Guyon, Panas, Hartmann). — *M. Gieure* : Du massage oculaire (MM. Panas, Guyon, Polaillon, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours de prosectorat.

Ce concours commencera le mardi 26 mai.

Le jury se compose de MM. Guyon, Farabeuf, Tillaux, Le Dentu, Poirier, *juges titulaires*; Ricard, Retterer, Sebileau, *juges suppléants*.

Le doyen de la Faculté de médecine a reçu, à titre de subvention, de M. Lépine, préfet de police, et de quelques-uns de ses amis, une somme de 2,000 francs, en vue d'initier au diagnostic et à la thérapeutique de la diphtérie (examen bactériologique, sérothérapie, tubage) les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et les jeunes docteurs qui désireront compléter leur éducation pratique.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

D'après le nombre des points obtenus par les candidats, et que nous avons fait connaître dans notre dernier numéro, le concours s'est terminé par la nomination de MM. Jeanselme, Florand et Jacquet.

Le jury du deuxième concours qui doit s'ouvrir le 22 mai est définitivement composé de MM. Netter, Brault, Faisans, Bucquoy, Thibierge, de Beurmann, Nélaton.

Concours de chirurgie (Bureau central).

Les candidats du deuxième concours qui doit s'ouvrir le 30 mai pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Benoit, Bernard, Brodier, Cazin, Chevalier, Chipault, Clado, Delbet, Demars, Genouville, Glantenay, Guillemain, Jayle, Malherbe, Mauclaire, Morestin, Peraire, Reblaud, Regnauld, Reymond, Rieffel, Souligoux, Thiéry, Villemin, Wassilieff.

Le jury est provisoirement composé de : MM. Marchand, de Saint-Germain, Quénu, Brun, Périer, Jalaguier, Hipp, Martin.

Concours d'accouchement (Bureau central).

MM. Brasset, 18; Tissier, 19; Chavane, 14; Dubrisay, 14.

La première séance de la troisième épreuve (épreuve orale) a eu lieu lundi dernier : MM. Chavane, 15; Wallich, 17; Tissier, 19.

Hospice de la Salpêtrière.

M. Auguste Voisin : tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

NOUVELLES

Distribution des prix de la Société de chirurgie de Paris pour l'année 1895.

Prix Duval. — Le prix est décerné à M. le docteur Donnadieu (de Bordeaux), pour sa thèse intitulée : *De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical.*

Prix Gerdy. — Le prix est décerné à M. le docteur Mauclaire (de Paris), pour son travail sur le *traitement chirurgical des sténoses du pylore.*

Prix Demarquay. — Le prix est décerné à M. le docteur Sieur (médecin militaire), pour son travail sur *l'intervention dans le cancer du rectum par la voie sacrée.*

Prix Ricord. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Péraire (de Paris) et Huguet (médecin militaire), pour leur mémoire intitulé : *De la conduite du chirurgien dans les cas de plaie pénétrante de poitrine par arme blanche.*

Distinctions honorifiques.

MM. les docteurs Dumas et Moreigne (de Paris) sont nommés officiers d'académie.

Le ministre de l'intérieur, a décerné une *médaille d'argent* à M. le docteur Gauthier (de Luxeuil), en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours des épidémies de fièvre typhoïde et de diphtérie qui ont sévi à Luxeuil.

NOTES POUR L'INTERNAT

ATROPHIES MUSCULAIRES PROGRESSIVES

(Suite et fin.)

V. Atrophies myopathiques.

Réunies par M. Charcot sous la rubrique : *Amyotrophies primitives progressives.*

Résultent d'une altération primitive de la cellule musculaire sans lésion de la moelle et des nerfs.

Cliniquement.

Elles sont héréditaires et surtout familiales.

Débutent ordinairement dans l'enfance ou la puberté.

Pas de contractions fibrillaires. Pas de réaction de dégénérescence.

Comprennent plusieurs types.

1° Type Charcot-Duchenne : Paralysie pseudo-hypertrophique;

2° Type Landouzy-Déjernie : Myopathie atrophique progressive;

A côté de ces deux grands types :

3° Type Leyden-Mœbius;

4° Type Erb;

5° Type Zimmerlin;

6° Types mixtes.

A. Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique.

Myosclérosique de Duchenne-Charcot.

I. Étiologie.

Maladie de l'enfance.

Débute parfois *avant que l'enfant ait commencé à marcher ou dans les premières années.*

Peut apparaître à 6, 8 et même 14 ou 15 ans.

Plus fréquente *chez les garçons.*

Familiale : Il n'est pas rare de voir dans une même famille plusieurs enfants atteints de cette maladie.

II. Anatomie pathologique.

Hypertrophie musculaire apparente coïncidant avec disparition de la *fibre musculaire remplacée par des éléments conjonctifs graisseux* (sur le vivant enlever une parcelle avec un harpon).

La fibre musculaire subit l'atrophie simple et ne subit qu'exceptionnellement la dégénérescence granulo-graisseuse.

Au début, le tissu nouveau est surtout scléreux (sinu-fibreux). Plus tard, *il est surtout graisseux.*

Moelle intacte.

Nerfs intacts ordinairement; quand ils sont lésés, les lésions ne sont que secondaires.

Tendons grêles, pour ces gros muscles.

A côté des muscles hypertrophiés, d'autres atrophiés.

III. Symptomes.

Début ordinairement méconnu quand la maladie commence, alors que le petit malade ne marche pas encore.

Deux symptômes essentiels :

1° *Hypertrophie musculaire (apparente);*

2° *Diminution progressive de la contractibilité volontaire.*

1° *Hypertrophie musculaire :*

Débute presque toujours par les muscles du mollet qui forment relief considérable.

Atteint successivement : *Sacro-lombaires, deltoïde, fessiers, muscles de l'omoplate, de l'épaule, de la cuisse* : d'où musculature d'athlète.

Consistance *ferme* (tissu scléreux); ou *molle* (tissu graisseux).

Cette hypertrophie peut faire place à une atrophie, parfois tardive, parfois précoce, ou même atteint d'emblée certains muscles.

2° *Troubles fonctionnels :*

Au début, *simple faiblesse*, l'enfant *court moins*, tombe *facilement.*

Plus tard :

Démarche de canard.

Attitude spéciale : Le malade paraît déhanché, écarte les jambes, incurve le dos en arrière pour rétablir l'équilibre (lordose).

Le malade étant couché, quand les membres inférieurs et les lombes sont affaiblis; le malade ne se relève qu'avec difficulté en se servant surtout des bras qu'il appuie d'abord à terre; puis sur ses genoux : le malade grimpe après lui-même.

Pieds bots fréquents : Equin bilatéral avec extension forcée de première phalange.

Parfois face atteinte : bouche béante, ouverture incomplète des paupières. Mains ordinairement indemnes.

IV. Marche; terminaisons.

(Marche ascendante.)

Lente, sans fièvre, sans douleur, sans secousses fibrillaires. Parfois retard intellectuel. Mais elle est essentiellement progressive, quoique parfois, quand l'hypertrophie a atteint son apogée, on puisse observer un arrêt de plusieurs années.

Finalement le malade est absolument immobilisé dans son lit par la paralysie, d'où marasme, ou bien il est emporté par une maladie intercurrente.

V. Durée.

Dix à vingt ans. Rarement davantage.

B. Myopathie atrophique progressive, type Landouzy-Déjerine.

I. Etiologie.

Maladie de la deuxième enfance; peut se montrer à tous les âges. Plus fréquente chez les garçons. Hérédité paraît avoir une influence très nette.

II. Anatomie pathologique.

La lésion essentielle est une atrophie simple de la fibre musculaire.

Aucune lésion des centres nerveux ni des nerfs.

III. Symptomes.

La lésion essentielle est l'atrophie pure. La topographie des lésions réalise le type :

Facio-scapulo-huméral.

Débute par la face :

Orbiculaires palpébaux et labiaux : d'où facies de Landouzy, air béat, hébété, indifférent. Lèvres saillantes, front lisse, œil ouvert.

Occlusion des paupières incomplètement possible. « Rire en travers » : la fente buccale s'élargit fortement dans l'acte du rire.

Dans la face, seuls les muscles de l'expression sont atteints.

Plus tard les muscles de l'épaule, puis ceux du bras, sont ceux qui sont atteints les premiers.

Tardivement : avant-bras et main, et finalement membres inférieurs.

Parfois rétraction musculaire dessine relief sous-cutané.

Pas de contractions fibrillaires, pas de réaction de dégénérescence, pas de troubles trophiques cutanés. Pas de lipomatose.

IV. Marche.

Extrêmement lente; descendante.

V. Pronostic.

Grave.

C. Forme juvénile de Erb.

Débute dans l'enfance par *les membres supérieurs et surtout la ceinture scapulaire; n'atteint jamais les mains.* (Pas *de secousses fibrillaires, pas de réaction de dégénérescence.*) S'accompagne ordinairement d'atrophie, pseudo-hyperthrophie rarement. Procède par poussées successives.

D. Type Zimmerlin.

D'après Blocq et Onanoff, ne saurait être différencié du type Erb, et doit être confondu avec ce dernier : type Erb-Zimmerlin.

E. Type Leyden-Mœbius.

D'après M. Charcot, ne s'éloigne guère du type Erb-Zimmerlin, mais commence par les mollets et suit une marche irrégulièrement ascendante. Elle peut s'accompagner de lipomatose, et alors se rapproche de la forme Duchenne-Charcot, pseudo-hypertrophiante.

F. Formes mixtes.

Tous ces types ne sont pas aussi distincts qu'on a voulu le dire (Charcot). Fréquemment ils sont associées les uns aux autres pour donner naissance à des types mixtes (Blocq et Onanoff.)

On peut donc dire :

1° Avec Marie : que dans l'atrophie, le volume du muscle n'est rien, l'affaiblissement est tout;

2° Avec Charcot : que tous ces types ne sont que des formes d'une même espèce; amyotrophies progressives primitives.

VI. Diagnostic différentiel.

1° *Sclérose latérale amyotrophique, et d'une manière générale les amyotrophies spinales deutéropathiques; myélites diffuses, sclérose en plaques, compressions de la moelle; ataxie.*

L'atrophie n'est qu'un épiphénomène.

Ce qui prédomine dès le début ce sont les paralysies, les contractures, qui précèdent l'atrophie proprement dite; et celle-ci, quand elle se montre, frappe en bloc tout un muscle ou un groupe de muscles.

2° *Paralysie glosso-labio-laryngée :*

Débute par la langue, envahit ensuite les lèvres, le voile du palais, le larynx; l'atrophie est également secondaire.

Elle peut d'ailleurs compliquer l'atrophie musculaire progressive.

3° *Atrophies par lésions des nerfs :*

Sont consécutives à des traumatismes. Restent localisées au territoire de ce nerf. S'accompagnent de : douleurs, anesthésies.

4° *Paralysies atrophiques rhumatismales du deltoïde :*

S'accompagnent de douleurs vives.

5° *Paralysies saturnines :*

Atteignent plus spécialement les extenseurs, pas d'atrophie, ou tardivement.

6° *Paralysie spinale infantile :*

Marche est exactement l'inverse.

7° *Luxation congénitale double :*

Il faudra y songer dans l'atrophie pseudo-hypertrophique, type Duchenne-Charcot.

VII. Traitement.

Faradisation quotidienne.

Massage.

Hydrothérapie.

Régime tonique.

Repos.

Courant galvanique sur la colonne vertébrale (Myélopathies).

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La Thérapeutique de Daniel Sennert (1572-1637).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Sennert fut un homme heureux : ses collègues lui accordaient du talent et c'est à la satisfaction de tous qu'il fut nommé plusieurs fois recteur de l'Université de Wittemberg. Il y occupait une chaire de médecine dont le professeur Jean Jessen s'était démis en sa faveur. Pendant les trente-cinq années de son enseignement, il échappa aux tribulations dont l'envie poursuit les hommes de science : l'électeur de Saxe le choisit comme médecin et les gens se découvraient la tête en prononçant son nom.

A peine si un souci passager vint rider le cours serein de ses succès. Dans ce temps on était très chatouilleux sur le chapitre de l'hérésie et Sennert fut accusé d'impiété pour avoir soutenu que la matière a été tirée du néant : elle a été tirée de la terre, enseigne la Bible. Là-dessus, convocation des hommes d'église. Huit facultés théologiques furent chargées de juger le différend. « Sennert n'a pas blasphémé » conclut la consultation puissamment documentée.

Et Sennert, raccommodé avec sa conscience, ne dérangea plus dans un geste d'inquiétude la fraise soigneusement empesée où s'appuyait sa face patiente d'érudit fermé aux passions.

Le pauvre homme fut atteint de la peste, lors de la huitième épidémie qui fit appel à son dévouement. Il s'était tiré sain et sauf des sept premières, en sorte qu'il rédigea tout un chapitre sur la préservation de cette maladie. Il possédait à cet effet un arsenal de formules infaillibles : des poudres composées de sel de nitre et de vitriol, de baies de genièvre, de feuilles de sabine, de rue, d'absinthe, de myrrhe, des liniments où entraient la myrrhe, la thériaque, le mithridate. On avalait la poudre, on étalait le liniment à l'entrée des narines. La peste ne pénétrait pas.

Fallait-il qu'une confiance tellement solide en la vertu d'un remède reçût un si cruel démenti ? Sennert, non seulement prit la peste, mais il en mourut, alors que ses panacées préservatrices emplissaient cinquante pages d'un texte serré et attentif à déjouer les moindres éventualités de contagion.

Il s'agissait, il est vrai, de la peste à buhons accompagnée d'éruptions pétéchiales. La gravité extrême du mal pouvait consoler Sennert de son illusion déçue; et puis l'effet moral était produit. Ecrire qu'on évitait la peste suffisait à rassurer. Les faits contredisaient l'affirmation ; mais que pèsent les faits en regard d'un mot? Celui-ci seul décide des convictions. Très ferme en ses croyances, Sennert en était la première dupe. La forme sous laquelle il les exprimait — forme méthodique, clairement ordonnée — étendait le voile trompeur des phrases entre la réalité et sa compréhension. Il était grisé par ses formules et comme celles-ci étaient œuvre de sentiment plus que d'observation, il se laissait emporter par elles au gré du caprice émotif qui avait présidé à leur genèse. De là ces contradictions dont fourmillent ses œuvres. Très précis dans la description des maladies, n'acceptant pour l'ordinaire que ce qu'il avait vu, il croyait, d'autre part, à la transmutation des métaux, admettait l'influence des constellations sur les plantes et quand on lui parlait de relations avec le diable, faisait le signe de croix. Il estime les sorciers, mais s'attaque à la magie dont il suspecte les cures. Ballotté de-ci de-là entre les superstitions de l'époque, il lâche les unes, s'accroche aux autres et accumule toutes sortes d'arguments pour justifier sa conduite.

Au moins eut-il raison tout à fait dans une de ses innovations lorsqu'il introduisit la chimie dans le programme des études médicales. Il rendit justice à Paracelse tout en restant fidèle à Galien. Du médecin de Pergame il conserva les idées sur la nature et les causes des maladies, renchérit sur ses classifications qu'il multiplia plus que de raison, mais n'hésita pas à user dans ses cures des médicaments prônés par Paracelse.

II

C'est du bouillant réformateur de Bâle qu'il tient ses nombreuses préparations mercurielles qu'il administre contre la syphilis. C'est du même qu'il a hérité de cette opinion que « l'antimoine n'est pas au nombre de ces poisons dont l'homme ne peut tirer aucun profit ». Et il recommande les fleurs et le foie d'antimoine dans les hydropisies. Le soufre aussi occupe sa place dans

le formulaire de Sennert. Très utile se montre-t-il dans la toux. Les malades avaleront avec avantage une drachme de fleur de soufre dans une infusion de tussilage ou de scabieuse.

C'est Galien, au contraire, qui inspire la classification et le traitement des maladies de l'estomac.

Les intempéries gastriques sont divisées en intempéries froide, chaude, humide, sèche; en intempéries composées et en intempéries avec matière.

A côté des règles diététiques générales qui recommandent la modération dans le manger et le boire, qui proscrivent l'usage des aliments irritants et des purgatifs très ennemis de l'estomac, nous trouvons exposées les considérations suivantes, plus spécialement applicables à chaque sorte d'intempérie :

L'intempérie froide est la plus fréquente de toutes : elle provient de l'extérieur, quand le malade en sueur a avalé des boissons froides, ou de l'intérieur, par manque de chaleur centrale. Les symptômes en sont l'absence de soif, de douleur, l'appétit conservé; par moments, des renvois acides et salivation abondante.

Le traitement consistera en remèdes chauds: menthe, absinthe, bétoine, origan. La poudre suivante rendra des services, prise par pincées après les repas : cinnamome, une once ; fleurs roses rouges, une once et demie ; gingembre, girofle, noix muscade, ââ une drachme ; coriandre, deux drachmes; aloès, sucre, une drachme et demie.

Les intempéries chaudes suivent l'usage des condiments, des aromates, du vin pur; elles accompagnent les fièvres. La soif est vive, l'appétit nul, des renvois fétides sortent d'une bouche desséchée. Le mal sera heureusement combattu par des tisanes d'orge, de laitue, du lait à discrétion.

Après un long sommeil, la respiration d'un air humide, l'absorption excessive d'aliments aqueux, voici s'installer l'intempérie humide. Gorgé d'eau, le malade redoute de boire; son estomac noyé réclame des aliments secs ; le trop plein de liquide s'évacue en selles diarrhéiques.

Vite, pour dessécher cela, des décoctions de gaïac, de sassafras, de la thériaque, du mithridate, qui est un électuaire opiacé comme la thériaque. On prescrira : conserves de roses, une once et demie; conserves d'absinthe, une demi-once ; mithridate, une drachme, à prendre avec du sirop de roses.

Pour tomber dans l'intempérie sèche, il suffit de se mettre à la diète. Ni boire ni manger et la maladie s'installe. Des vomissements copieux, des selles abondantes la provoquent également.

Le malade est avide de liquide, ne ressent que du dégoût pour les aliments solides. Des douleurs constrictives partent de l'estomac et s'irradient dans le ventre.

Très grave, cette intempérie : à peine si des infusions de mauve, bourrache, buglosse, des décoctions de pruneaux, de réglisse ou d'amandes la soulagent quelque peu.

Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que les diverses intempéries se mêlent les unes aux autres : la chaude à l'humide, la froide à l'humide, la froide à la sèche. Cette dernière association est redoutable par-dessus toutes. Les formules les plus complexes de la pharmacopée ne sont pas de trop pour en corriger le pronostic désespérant.

Et puis, il reste encore toutes les intempéries avec matière : matière pituiteuse à la suite des causes humectantes, matière flatulente à la suite des causes froides, matière bilieuse à la suite des causes échauffantes et desséchantes. Quel casse-tête pour le malheureux praticien obligé de retrouver dans ce chaos le fil des indications thérapeutiques, d'autant qu'il ne confondra pas les intempéries avec le gonflement et l'inflammation de l'estomac et que des médications diverses conviennent aux unes et aux autres.

Au moins, à feuilleter l'œuvre de Sennert, n'est-on jamais exposé à se trouver à court de formules. L'embarras n'est pas de prescrire, mais d'opérer un choix dans le tas des prescriptions reproduites.

Dans le traitement des calculs rénaux, est préconisé l'usage des balsamiques qui sont encore recommandés de nos jours. Sennert utilise la térébenthine : elle balaie et nettoie les reins, assure-t-il. Volontiers il l'associe aux purgatifs comme dans la préparation suivante : casse une demi-once, térébenthine une drachme, poudre de réglisse quantité suffisante pour un bol.

Le malade pourra encore absorber la térébenthine isolément et prendre d'autre part une ou plusieurs des pilules purgatives que voici : aloès, une drachme; électuaire de rhubarbe, trochisques d'agarie, une drachme et demi; extrait scammonée, douze grains; cinnamome, safran, lentisque, de chaque, un demi-scrupule, pour faire des pilules d'un vingtième de drachme qu'on saupondre d'amidon.

C'est surtout contre les maladies incurables ou très graves que les remèdes abondent : la poudre de crâne humain, la racine de pivoine, le gui de chêne, des centaines de produits de même genre guérissent l'épilepsie; des électuaires effrayants de complexité viennent à bout de la peste : le camphre, la myrrhe, la thériaque, le mithridate y jouent le rôle de principe actif. Jusqu'aux mémoires chancelantes qui sont assurées de retrouver la lucidité par l'usage d'un vin composé où entrent l'aloès, le gingembre, le poivre, le galanga, les clous de girofle et la noix muscade.

III

Répandue par Sennert, la doctrine de Paracelse vit se dissiper devant elle les appréhensions qui s'opposaient à la prescription thérapeutique des agents chimiques. On redouta moins le mercure et l'antimoine. L'hostilité qui les avait accueillis provenait, en effet, d'un double froissement où l'amour-propre outragé était en plus exaspéré des coups portés à la tradition.

Renverser une croyance, c'est détruire un équilibre cérébral et nul n'aime à être dérangé dans ses habitudes de pensée. Et puis, quelle humiliation d'avouer son erreur ! Il n'y a que les hommes supérieurs qui reconnaissent s'être trompés. Les autres se cramponnent instinctivement aux idées qui leur sont chères : celles-ci perdues, ils n'en acquerraient plus d'autres. Leur cerveau refuserait de les fixer. Le respect de la tradition est la vie des esprits subalternes, l'intelligence a son instinct de conservation comme le corps. Si peu vaille-t-elle, cette intelligence prétend ne pas mourir et la soumission à la tradition résume sa seule raison d'être.

Pour faire accepter les dogmes des chimistes, Sennert bénéficia d'abord de l'avantage que lui conférait son esprit pondéré, un peu étroit, et qui n'offusquait personne. Il célébra ensuite les doctrines de Galien ; quant aux blessures d'amour-propre que les injures de Paracelse avaient laissées saignantes, il les pansa par toutes sortes de circonlocutions aimables. « La doctrine des chimistes n'est pas contraire à celle des anciens, assure-t-il. Les anciens n'avaient pas le nom; mais ils connaissaient la chose. » Chimistes sans le savoir étaient les maîtres; chimistes sans le savoir pouvaient s'intituler les disciples.

Donc, rien de révolutionnaire dans la réforme de Paracelse. Elle ne faisait que mettre en évidence un titre que l'on s'ignorait. Très flatteuse, au contraire, apparaissait la nouvelle doctrine puisqu'elle accordait à chacun un peu plus de valeur qu'il ne s'attri-

buait. On était chimiste ; que ne l'eût-on su plus tôt? Comme on aurait vite rabaissé la morgue de ce charlatan de Paracelse ! Ce qu'il avait découvert chacun le connaissait; vraiment, il ne valait pas la peine de soulever un tel tapage.

Et l'on prescrivit les nouveaux médicaments minéraux.

A L'ÉTRANGER

SUISSE

Sarcôme, carcinôme, myôme et polypes muqueux sur un même utérus.

Niedergall (*Archives de Gynécologie*). — Bien qu'on sache depuis longtemps que l'utérus occupe une place prépondérante parmi les autres organes au point de vue fréquence et diversité de tumeurs, le fait que nous avons observé paraît tellement rare qu'il nous semble mériter d'être publié.

Observation. — Le 5 novembre 1894, on reçoit à la Clinique des femmes, de Bâle, une femme âgée de 62 ans.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont morts très âgés: 6 frères et sœurs bien portants.

Antécédents particuliers. — A part de fréquentes douleurs sciatiques, pas de maladies graves. Réglée à 13 ans, toutes les trois semaines pendant trois à huit jours. Mariée depuis longtemps; jamais de grossesse. La maladie date de mars 1894. La ménopause était survenue à l'âge de 53 ans, en 1885.

En 1894, sans cause appréciable, vives douleurs analogues à celles que la malade avait ressenties lors de l'apparition de ses premières règles. Bientôt après, hémorrhagies irrégulières, tantôt chaque jour, tantôt plus rarement. Dans l'intervalle, écoulement de mucosités aqueuses.

Depuis quelques semaines, les hémorrhagies sont abondantes, surtout le jour, à l'occasion des mouvements.

Examen. — Vulve fermée, hymen conservé mais perméable. Vagin très étroit lisse. Col utérin conique, orifice externe petit, laisse à peine passer la sonde. Le corps utérin est en anté-flexion gros comme le poing, non sensible à la pression. Les culs-de-sac sont libres. Rien dans les trompes ni dans les ovaires.

On diagnostique cancer du corps.

Le 7 novembre, pour confirmer le diagnostic, le professeur Bumm fait un curettage d'épreuve. L'examen microscopique fait par le professeur Roth démontre un cancer villeux.

Le 9 novembre apparaît à la vulve une tumeur qui le matin avait été expulsée spontanément sous l'influence des contractions utérines et qui par son extrémité supérieure remontait jusque dans le col. On l'enlève facilement. Les hémorrhagies diminuent, les douleurs cessent. La tumeur expulsée, de la grosseur d'un œuf d'oie est superficiellement lobée, d'un rouge brun, et d'une consistance rappelant celle du foie. La surface de section en est lisse.

L'examen fait à l'institut pathologique, montre qu'il s'agit là d'un sarcôme sous-vasculaire composé surtout de petites cellules fusiformes plongées dans une substance fondamentale fasciculée, de cellules réticulaires et de cellules rondes. Cette tumeur n'a pas la même structure que les masses curettées, et il pourrait y avoir ici combinaison de carcinôme et de sarcôme.

Le 30 novembre, hystérectomie totale; l'utérus est à peu près normal comme forme et comme volume. La convalescence est un peu retardée par une phlébite, à part cela les résultats sont bons.

L'utérus enlevé est conservé dans l'alcool. On trouve que les masses enlevées par le curettage provenaient d'une tumeur cancéreuse siégeant à l'angle supérieur gauche. Cette tumeur, grosse comme une noix, occupait toute la paroi utérine. Elle n'est pas nettement séparée des tissus voisins ; elle y pousse, au contraire, des prolongements. Des coupes, après durcissement à l'alcool et coloration à l'hématoxaline, présentent l'aspect type du carcinôme épithélial papillaire.

Dans la partie supérieure du canal cervical, on voit naître de la paroi postérieure une tumeur grosse comme un pois, mal pédiculée, qui, au microscope, se révèle comme un polype muqueux.

Dans l'angle supérieur droit, se trouve encore un autre polype muqueux, gros comme une lentille et lisse à la surface.

Un peu en dedans de ce dernier polype, ont voit, sur la paroi postérieure, une petite saillie hémisphérique. de la grosseur d'un pois. Large base, lisse superficiellement, recouverte par une muqueuse normale.

La masse principale est formée de faisceaux musculaires qui s'entrecroisent ; à la surface un revêtement muqueux, dont la couche épithéliale manque par places, et quelques glandes disséminées.

C'est donc un myôme sous-muqueux.

Enfin, en deux points, au-dessous du cancer villeux signalé dans l'angle supérieur gauche et au-dessus de l'orifice interne du col, la muqueuse manque complètement. C'est là que devait s'attacher la tumeur spontanément expulsée, car le tissu sousjacent est riche en cellules fusiformes.

D'après l'examen microscopique, on peut désigner cette tumeur sous le nom de fibro-sarcôme réticulo-cellulaire polypeux.

Il s'agit dans ce cas de deux tumeurs absolument différentes histologiquement: l'une a l'aspect d'un carcinôme, l'autre d'un sarcôme. Dans le carcinôme on ne peut trouver aucune partie sarcomateuse, et réciproquement.

Jamais cette concomitance n'a été décrite d'une façon aussi nette. Dans le cas de Rahl-Rückhardt, où, de même que dans le nôtre, une tumeur fut expulsée spontanément, il y avait combinaison de deux tumeurs, mais non production simultanée.

Les cas de sarco-carcinôme publiés par Kuhner, Keller, Rosenstein, semblent avoir été, d'après la critique de Kahlden, dans son étude détaillée sur le sarcôme utérin, les deux premiers un carcinôme, le dernier un sarcôme.

Dans la récente thèse inaugurale de Riederer, il décrit un cas de sarcôme dans lequel on voyait des îlots de cellules plates, ressemblant, par leur forme et leur agencement, à celles que l'on ne voit ordinairement que dans le carcinôme.

L'auteur admet comme explication une métaplasie ; les cellules plates du vagin seraient venues prendre la place de l'épithélium utérin normal.

Le cas d'Abel et de Landau, qui, dans un certain nombre de cas, ont trouvé, à côté d'un carcinôme du col, une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse, se distinguent du nôtre, par le siège d'abord ; ensuite, il s'agit chez eux d'une dégénérescence de la muqueuse, tandis que, chez nous, une grosse tumeur sarcomateuse fut expulsée.

Ce cas est donc bien le premier qui puisse être donné comme exemple type de concomitance de sarcôme et de carcinôme dans le corps utérin.

Au point de vue clinique, il est naturellement impossible de dire, dans notre cas, à laquelle des deux tumeurs étaient dus surtout les symptômes observés. Il est remarquable, cependant, de voir comme la malade se portait relativement bien. Car, bien que la maladie se fût déclarée depuis bientôt six mois, elle n'était nullement cachectique.

Les forces étaient bien conservées, ce qui est certainement surprenant chez un sujet porteur de deux tumeurs malignes. Disons, en terminant, qu'aujourd'hui, six mois après l'opération, la malade se porte bien et ne présente aucun signe de récidive.

ALLEMAGNE

Sur la gonorrhée rectale des femmes.

Théodore Baer (*D. med. Wochenschr.*, 20 février 1896). — Du 15 juin 1895 au 1er janvier 1896, l'auteur a reçu dans son service 296 femmes présentant des affections des organes génitaux. Sur ces 296, 105 avaient des lésions exclusivement syphilitiques; les 191 autres étaient atteintes de blennorrhagie et de syphilis, soit de blennorrhagie seulement.

Des 191 malades atteintes de gonorrhée, 67 avaient de la gonorrhée rectale, ce qui fait une moyenne de 35.1 0/0 sur toutes les gonorrhéiques et de 22.6 0/0 de toutes les vénériennes.

C'est un nombre relativement énorme comparé à ceux que l'on a donnés jusqu'ici : cela tient à ce que l'on ne fait de recherches que lorsque des symptômes subjectifs ou objectifs particulièrement graves attirent l'attention de ce côté.

Par principe, nous avons examiné toutes nos vénériennes dans le cas de gonorrhée, nous avons toujours trouvé des gonocoques types, soit en amas, soit sous forme de diplocoques logés dans les cellules et présentant leur forme caractéristique en grains de café.

On ne peut faire de culture à cause du trop grand nombre de germes qui existent dans le pus.

Théoriquement, on conçoit que l'infection puisse se faire de trois manières :

1° Infection directe par coït anormal ;

2° Un organe atteint de gonococcie communique avec le rectum et celui-ci est infecté secondairement ;

3° Les germes viennent de l'extérieur amenés soit par le pus qui, des parties génitales, coule vers l'anus, soit par des manœuvres thérapeutiques (thermomètre, lavements, etc.).

La clinique confirme cette pathogénie : pour le premier point, les symptômes objectifs (forme de l'anus) sont trop inconstants chez la femme, et l'on ne peut guère se fier aux réponses des malades.

Quant au deuxième mode, il est rare ; l'auteur n'en a observé qu'un cas (fistule). Dans la grande majorité des cas, c'est donc la troisième possibilité qu'il faut admettre, c'est-à-dire le transport vers le rectum des liquides infectieux venus de la vulve.

C'est rarement l'écoulement urétbral, le plus souvent trop peu abondant pour qu'on puisse l'incriminer, mais ordinairement le liquide qui s'écoule du col utérin atteint de métrite.

L'infection se fera plus facilement chez les prostituées, chez les femmes ayant eu plusieurs grossesses ; les grandes lèvres ne jouent plus leur rôle de fermeture ou bien souvent il y a déchirure du périnée.

L'infection hospitalière (lavements, thermomètre) est rare.

Au point de vue clinique, le plus souvent pas de symptômes subjectifs : quelques malades ayant des ulcérations se plaignent de douleurs brûlantes lors de la défécation ; certaines rendent du pus et du sang.

L'examen fait récemment constate un condylome, ou de l'eczéma : dans 10 cas, on voyait des ulcérations cutanéo-muqueuses, mais ces ulcérations peuvent exister en dehors de la gonorrhée et ne renfermaient du reste aucun gonocoque. La muqueuse est congestionnée, présentant des plis brillants ; elle saigne facilement, partie à cause des érosions, partie à cause d'un commencement de macération et de desquamation éphitbéliale.

Il s'écoule une quantité le plus souvent peu considérable de liquide, mais dans ce liquide on trouve toujours des gonocoques types. L'examen au spéculum est peu douloureux, il n'y a pas de troubles de la défécation.

Le traitement consiste en lavages 1° avec une solution boriquée à 3 0/0 pour enlever l'exudat et 2° contre les gonocoques, avec une solution d'argentamine à 1/3000 (1/2 litre de chaque solution). Le traitement doit être dirigé microscope en main et continué tant que l'on trouve des gonocoques ; ceux-ci disparaissent après un temps plus ou moins long, le plus souvent au bout de 5 à 6 semaines. Lorsqu'il y a récidive, il est assez difficile de dire si c'est vraiment une récidive ou une nouvelle infection ; le plus souvent c'est une réinfection due à l'écoulement du liquide du col de l'utérus.

Sur le ganglion ciliaire.

Hugo Apostolant (*Soc. phys.*, Berlin). — On discute pour savoir si le ganglion ciliaire est spinal, sympathique ou mixte, s'il doit être attribué au sympathique, au trijumeau ou au moteur oculaire commun. On a essayé de trancher la question par des recherches d'anatomie macroscopique, d'embryologie, de physiologie. Cette dernière le ferait attribner au moteur oculaire commun.

Apostolant emploie la méthode des dégénérescences sur des jeunes chats, il sectionne le moteur oculaire commun à la base du cerveau avant qu'il n'ait contracté des anastomoses ; il tue les animaux au bout de 8 à 15 jours. Le contenu de l'orbite est partagé en une série de coupes horizontales et examiné au microscope : on trouve une dégénérescence du moteur oculaire commun, d'une racine du ganglion ciliaire, mais pas de dégénérescence du ganglion.

Apostolant en conclut que le ganglion appartient au sympathique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai. — Présidence de M. Monod.

Diagnostic et traitement de la lithiase de la vésicule biliaire.

(Suite de la discussion.)

M. Tuffier. — La double question que j'ai posée à la Société, dans ma communication sur le *diagnostic* et le *traitement* de la lithiase de la vésicule biliaire, avait un grand intérêt, puisque quatre séances viennent d'être consacrées à sa discussion. Elle a eu, de plus, l'avantage de faire connaître, sur ce sujet, un total de quarante-deux observations jusque-là inédites et grâce auxquelles, à défaut de règles absolues sur cette question, il nous est, du moins, permis de résumer l'état actuel de nos connaissances sur ce point de la clinique et de la thérapeutique chirurgicales.

Je vais donc reprendre les deux chapitres de la discussion : le diagnostic et, surtout, le traitement de la lithiase vésiculaire.

D'abord, au point de vue du diagnostic, il importe de diviser les faits en deux catégories, selon que l'on constate ou non une tumeur. Dans les derniers cas, ceux où l'on ne trouve pas de tumeur, deux ordres de symptômes sont à considérer : d'une part, les anamnestiques (état hépatique antérieur au malade) ; d'autre part, la douleur localisée au point d'élection, au niveau du siège de la vésicule biliaire. Encore cette douleur peut-elle manquer ou bien peut-elle être déplacée de son siège d'élection. De là, autant de causes d'erreur dans le diagnostic sur lesquelles je n'insisterais pas si je n'avais été témoin, avec M. Terrier, tout récemment, du fait que voici : un malade nous est présenté avec le diagnostic d'appendicite. De fait, la douleur siégeait ici au lieu même de la douleur dans l'appendicite, au-dessus de l'arcade crurale. Et pourtant, il s'agissait, chez ce malade, de lithiase de la vésicule. Voici, dans des cas de ce genre, ce qui se passe : le foie est volumineux, il descend dans la fosse iliaque interne et s'avance presque jusqu'au ligament de Fallope ; la vésicule occupe, dès lors, la situation même de l'appendice cœcal.

J'estime que les plus grosses difficultés de diagnostic existent dans la confusion possible avec les tumeurs rénales. Cependant, ce diagnostic peut être fait, même sans qu'on ait recours au procédé rappelé par M. Schwartz ni à l'introduction de gaz dans le côlon ascendant. Il sera fait, toutefois, plus difficilement s'il y a association d'une affection rénale avec une lithiase vésiculaire. J'ai deux faits de ce genre que j'ai déjà publiés ici : dans l'un, il y avait un rein mobile associé à une cholécystite calculeuse ; dans l'autre, il y avait gros foie avec tuberculose rénale suppurée.

Il existe, enfin, un autre genre de difficultés de diagnostic dont j'ai été témoin ces jours derniers. J'ai, en effet, opéré, avec M. Terrier, une dame qui, sous le foie, présentait une tuméfaction

que nous crûmes être une dépendance de la glande biliaire. L'incision a été faite un peu en dehors du muscle droit de l'abdomen. Nous avons senti dans cette tumeur l'existence de la collision crépitante qui ne devait plus nous faire douter qu'il ne s'agît là d'une vésicule pleine de calculs. Mais, à notre grand étonnement, nous avons retiré de cette poche un fœtus. Et, ce qu'il y a de plus bizarre, c'est que cette dame avait accouché deux mois auparavant dans des conditions normales. Evidemment, il s'agissait là d'une grossesse extra-utérine ancienne. Mais des faits de ce genre sont rares et ne doivent être signalés qu'à titre de curiosités.

J'en arrive à la question du traitement de la lithiase vésiculaire qui est, à n'en pas douter, la partie la plus importante de la discussion.

Tout d'abord, il y a certains points, sur lesquels tout le monde ici semble être d'accord : c'est la condamnation de la cholécystotomie dite idéale avec fermeture immédiate de la fistule vésiculaire, opération que personne n'a défendue. C'est ensuite la cure rapide de la fistule. Il semble démontré que cette fistule soit, en tout cas, un bénéfice pour le malade et qu'elle guérisse d'elle-même. Ce n'est que longtemps après l'opération qu'on tentera la cure radicale de cette fistule si elle ne se fermait pas toute seule.

Restent maintenant en présence les deux grandes méthodes d'intervention : la cholécystostomie et la cholécystectomie. D'après les indications qui ont été données par les orateurs qui ont pris part à la discussion, et en particulier par M. Michaux, il semble que la cholécystectomie soit l'opération à faire lorsqu'il existe une vésicule biliaire qui tombe sous la main de l'opérateur, c'est-à-dire qui soit libre d'adhérences, parfaitement pédiculisée. Encore faut-il, ici, que le foie soit aseptique, sans cholécystite au-dessus des voies biliaires supérieures, avec la perméabilité assurée du cholédoque. Dans ces cas-là, donc, qu'on fasse la cholécystectomie soit avec ouverture préalable de la vésicule, soit sans ouverture préalable ; je préfère cette dernière manière de faire, à condition, je le répète, que l'on se trouve dans les conditions énumérées ci-dessus.

Dans tous les autres cas, je préfère, je le dis tout de suite, pratiquer la cholécystostomie, avec fixation première de la vésicule à la paroi, s'il n'y a pas d'adhérences antérieures (il va sans dire que dans cette suture on ne fixera pas la muqueuse à la peau ; ce n'est pas, en effet, un orifice définitif que l'on veut créer pour la vésicule biliaire, mais bien un orifice temporaire). On ne fera pas la fixation de la vésicule si des adhérences antérieures existent entre la vésicule et la paroi. Il me reste donc à défendre la cholécystostomie.

Et d'abord, quand à la *bénignité*, il me paraît difficile d'établir des lois. En effet, les observations ne sont pas comparables. Dans celles-ci on a réservé la cholécystostomie là où l'on pensait échouer avec la cholécystectomie ; dans celles-là on l'a réservée pour des malades âgés, infectés. En sorte que, quand l'opéré meurt, il est permis de penser que c'est son état de gravité qui l'a tué et non le genre d'opération qu'on lui a fait subir. Selon moi, on serait cependant en droit de dire que la cholécystostomie est une opération plus bénigne que la cholécystectomie.

En effet, si l'on compte sur elle quand il n'y a rien à espérer dans la cholécystectomie, c'est donc que la cholécystostomie offre plus d'avantages que la première opération et qu'elle est moins grave.

Quant à la *facilité* de la cholécystostomie, je suis d'accord avec mes collègues. Elle est loin d'être toujours facile. Il peut y avoir des adhérences épaisses, des parois ratatinées de la vésicule. Mais convenez aussi, qu'alors, je ne suis point obligé de fixer cette vésicule adhérente et ratatinée à la paroi abdominale, et convenez que ces difficultés opératoires se présentent absolument semblables dans la cholécystectomie.

Quant à l'efficacité dans la cholécystostomie, cette opération a toujours bien l'avantage immédiat de parer aux accidents graves et de sortir les calculs vésiculaires. Cette efficacité a-t-elle une échéance plus longue qu'avec la cholécystectomie ? Ici est le point délicat. M. Michaux dit que, si l'on fait une triple ligature du pédicule, on évitera la formation de la fistule. Pour mon compte, je prétends que la formation de cette fistule est liée entièrement à l'état d'infection de la plaie, et la ligature, si bien serrée soit-elle, n'empêchera point la formation d'une fistule au niveau d'un pédicule biliaire infecté. Que l'on opère donc par cholécystectomie ou cholécystostomie, nous voilà en face d'une fistule biliaire. Ici, l'écoulement biliaire pourra être immédiat ou non ; il sera immédiat s'il existe une lésion infectieuse du canal biliaire. Donc, pour faire la cholécystectomie et ne pas courir les risques de la fistule, il faudrait être assuré qu'il n'y aura pas de cause d'oblitération du canal au-dessus de la vésicule qu'on veut enlever.

Mais cette fistule a-t-elle tous les inconvénients qu'on veut bien lui prêter ? Je concède que c'est une cause d'ennui pour le malade. Cependant, on ne saurait en contester l'utilité. Rappelez-vous le fait signalé par M. Reclus, au cours de la dernière séance, fait dans lequel des calculs sont sortis par la fistule dans les jours qui ont suivi l'opération. De plus, vous conviendrez que l'état septique du foie et de la vésicule gagne à ce qu'il y ait là une porte de sortie. La fistule se présente donc, ainsi, comme un bénéfice pour le malade. Enfin, la durée de cette fistule est généralement minime. Ces jours derniers, j'ai opéré un malade par cholécystostomie, l'écoulement biliaire a commencé le quatrième jour, il s'est terminé le dixième jour, et mon malade était complètement guéri le dix-huitième jour ; fait à noter : chez ce malade, l'examen du contenu biliaire sorti par la fistule, fait par MM. Gilbert et Claude, a montré que le coli-bacille se révélait de moins en moins abondant et de moins en moins virulent.

Restent, enfin, la possibilité de la récidive de la lithiase, dans la cholécystostomie. M. Broca a eu raison de rappeler que la vésicule était un laboratoire de calculs biliaires. Mais je crois que les calculs se forment ailleurs, dans l'arbre biliaire, dans le cholédoque, par exemple, où le fait est indéniable ; ce n'est donc pas parce que vous aurez enlevé la vésicule que vous aurez le droit de dire qu'il ne se développera plus de calculs. D'ailleurs, ces faits de récidive sont peu nombreux et je n'en ai pas trouvé dans la littérature.

En résumé, la cholécystectomie me paraît devoir être réservée aux cas où la vésicule biliaire est facile à enlever, où il n'y a point d'adhérences, point d'infection des voies biliaires sus-jacentes et point d'oblitération des voies d'excrétion ; la cholécystostomie, au contraire, me paraît devoir être faite dans tous les autres cas avec réunion première ou non de la vésicule à la peau.

Corps étranger de la vessie ; abcès du cerveau.

M. Chaumel lit un rapport sur deux observations envoyées par M. Bopp (d'Alger).

La première a trait à l'extraction, par la voie sus-pubienne, d'un corps étranger long de 15 centimètres qui avait été introduit dans la vessie. Rien de particulier dans cette observation sinon l'épaississement considérable que présentait le péritoine pariétal sus-pubien.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'un abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne grippale. Le malade présenta d'abord de l'hémiplégie, puis de l'aphasie, au milieu de symptômes fébriles. Une trépanation fut faite sur la ligne rolandique sans donner de résultats. Une seconde trépanation fut faite, quelques jours après, sur une ligne horizontale partant de la commissure externe des paupières et coupant perpendiculairement les deux lignes verticales passant, l'une devant, l'autre derrière l'oreille, on ne découvrit rien. M. Bopp étant là dans le voisinage de l'artère méningée moyenne située en avant de sa couronne de trépan, ne voulut pas s'engager de ce côté. Le ma-

lade mourut et présenta à l'autopsie un abcès siégeant sur le V de la troisième frontale gauche.

M. Bopp pensait qu'il avait fait une erreur de diagnostic. Il avait d'abord admis, au moment de la mort de son malade, une méningite et non un abcès du cerveau. En vérité, les symptômes présentés par la maladie étaient bien le fait d'une lésion en foyer et non d'une lésion diffuse. Il semble, en outre, qu'il ait eu raison de trépaner d'abord sur la ligne rollandique puisque l'hémiplégie s'était montrée chez son malade avant l'aphasie.

Si l'intervention a été impuissante, cette fois-ci, ce n'est pas une raison pour l'abandonner. Je crois, au contraire, avec Broca, qu'il faut décider l'intervention dans les cas d'abcès probables du cerveau, consécutifs à des otites, quand bien même il n'y aurait pas de suppuration mastoïdienne intermédiaire.

Cure radicale d'une hernie inguinale du cœcum ; résection de l'anse iléo-cœcale et entérorrhaphie.

M. Courtin (de Bordeaux) lit une observation sur ce sujet et le détail de l'opération qu'il a pratiquée.

Son malade a parfaitement guéri. L'opération date de plus de deux ans.

Cette observation est renvoyée à une commission dont M. Reynier sera le rapporteur.

Du phlegmon ligneux du cou.

M. Reclus. — J'ai déjà publié quatre observations sur ce sujet, et je n'ai vu signaler, depuis, aucun fait semblable. En voici un cinquième que je communique avec l'espoir que d'autres seront observés pour nous permettre d'édifier l'histoire de ce cas curieux de la pathologie.

Un individu, porteur aux Halles, entre dans mon service avec une tuméfaction volumineuse de la partie antérieure du cou. Cet homme a toujours joui d'une bonne santé en dehors d'une fièvre intermittente contractée pendant l'enfance dans son pays natal.

L'année dernière, il fut soudain pris de douleurs vives dans l'isthme du gosier avec douleurs pendant la déglutition et altération de la voix. Six semaines après ces phénomènes d'angine chronique, il vit apparaître la tuméfaction dont j'ai parlé et fut surtout frappé par la difficulté qu'il eut alors, à boutonner le premier bouton de son veston.

J'ai observé ce malade quatre mois après l'apparition des douleurs dans la gorge, trois mois après l'apparition de la tuméfaction. Celle-ci occupait la région sous-hyoïdienne, était limitée en haut par le bord inférieur du cartilage thyroïde, en bas par le creux sus-sternal, sur les côtés par les bords postérieurs du sterno-cléido-mastoïdien. C'était une plaque uniforme, sans bosselures, adhérente aux parties profondes, sans chaleur, sans douleur à la pression, et ne révélant pas trace d'œdème. Deux signes principaux la caractérisaient : une coloration lie de vin de la peau et une dureté ligneuse de la peau faisant absolument penser aux squirrhes en cuirasse de la mammelle. D'ailleurs, quelques-uns de mes collègues des hôpitaux avaient vu cet homme et avaient porté chez lui le diagnostic de sarcome développé aux dépens de la paroi antérieure du larynx. Quant à moi, instruit par les faits antérieurs que j'ai rappelés, et devant la ressemblance parfaite du fait actuel avec ces derniers, j'ai porté le diagnostic de phlegmon ligneux du cou, tout en faisant quelques réserves pour la possibilité d'une tumeur maligne. Dix jours plus tard, au niveau de cette tuméfaction, il s'est fait une petite élevure, un petit abcès ; j'ai ouvert cet abcès d'où il est sorti une très petite quantité de pus. La cicatrisation a été rapide. Plus tard, il s'est montré d'autres abcès semblables qui se sont comportés d'une façon identique pour la plupart, certains ayant laissé des trajets fistuleux. Pendant ce temps, le malade avait maigri et, de 71 kilos, était descendu à 53 kilos.

L'examen bactériologique du pus, pratiqué par M. Lesage, a révélé, au milieu de leucocytes granuleux, un bacille se colorant bien par le bleu de Roux, prenant mal le gram. M. Lesage a pensé que ce bacille était analogue aux formes courtes du bacille de Lœffler.

C'était là une constatation qui m'ouvrait des horizons nouveaux sur la thérapeutique possible de cette variété de phlegmon. D'autant plus que, d'après l'histoire de mon malade, le phlegmon était apparu à la suite d'un mal de gorge.

Il se pouvait que ce phlegmon ne fût qu'une forme atténuée de l'infection diphtéritique. J'ai donc fait à mon malade des injections du sérum de Roux. Les résultats immédiats ont été merveilleux. La tuméfaction a rapidement disparu et, un mois après, le malade sortait de l'hôpital guéri.

Permettez-moi maintenant de revenir sur quelques points. Tous les cas de phlegmons de cette nature que j'ai observés siégeaient au niveau du cou. Tous se sont développés sans douleur, sans chaleur. Tous présentaient la coloration lie de vin de la peau et la dureté ligneuse dont je vous ai parlé.

Au point de vue étiologique de ces phlegmons, je possède des données plus vagues. Je sais cependant qu'ils se sont montrés chez des hommes et chez des hommes plutôt âgés : le plus jeune des cinq avait 35 ans, le plus âgé était presque nonagénaire. Une fois, j'ai noté un engorgement ganglionnaire concomitant. Il serait donc permis d'admettre qu'il s'est fait une propagation aux ganglions de l'infection née au niveau de la muqueuse laryngienne ou pharyngienne altérée, et que l'infection ganglionnaire s'est elle-même propagée au tissu cellulaire voisin.

En tout cas, la thérapeutique que j'ai adoptée pour mon dernier cas a donné des effets remarquables.

Dans mes autres cas, j'avais eu de la peine à faire disparaître, en causant beaucoup de délabrements avec le thermo-cautère, une plaque phlegmoneuse qui restait persistante. Ici, j'ai abrégé la durée du traitement et obtenu une guérison plus sûre.

Mes collègues doivent avoir vu des faits de ce genre. Nous serions tous désireux que la lumière fût faite sur cette question.

M. Quénu. — Les phlegmons durs, ligneux, dont M. Reclus vient de parler, ne me semblent pas devoir être spéciaux à la partie antérieure du cou. Il s'agit là d'infections lentes qui peuvent se développer ailleurs. J'en ai vu plusieurs cas au niveau de la nuque, et, dans ce moment, il y a dans mon service une femme qui présente un phlegmon semblable au niveau de la paroi abdominale. C'est une malade qui a eu un érysipèle de la face à répétition et chez laquelle on a fait, en province, des injections de sérum antistreptococcique. Elle a finalement présenté, au niveau de la paroi abdominale, une tuméfaction dure, cartilagineuse, simulant un néoplasme, mais sans coloration lie de vin de la peau. Il s'est développé à ce niveau, il y a quelques jours, un petit abcès dont on a retiré une cuillerée à soupe de pus situé à la face profonde du grand oblique.

Mon opinion est que ces phlegmons n'ont rien de la spécificité que semble leur attribuer M. Reclus. Mais ils sont en rapport avec une infection lente causée par un agent peu virulent. Il est vrai qu'on les voit le plus souvent au cou où ils sont consécutifs à des lymphangites d'origine laryngée ou pharyngée.

M. Reynier. — J'ai vu trois cas de phlegmon ligneux du cou. Je n'ai pas encore fait d'examen bactériologique en pareil cas. Mais ce qui m'a surtout frappé, dans ces phlegmons, c'est qu'ils se développaient chez des sujets en état de dénutrition. Il me paraît que ces phlegmons ligneux, chroniques, sont liés à l'état de santé de l'individu. C'est ici le cas de répéter : « Ne fait pas de l'inflammation chronique qui veut. » L'inflammation chronique est donc liée à la nature du terrain où elle se développe. Ce serait parce qu'ils sont faibles et périclitants que certains sujets présenteraient des phlegmons chroniques durs et ligneux du cou au lieu de présenter des phlegmons aigus.

M. Reclus. — Il y a deux points à noter dans ce qui vient d'être dit : au point de vue clinique il était donc nécessaire de signaler ces faits puisqu'ils ont fait commettre des erreurs à d'éminents chirurgiens qui les ont pris pour des tumeurs ma-

lignes. Mais je veux bien croire avec M. Quénu que ces phlegmons ne sont pas spéciaux au cou.

Quant à la spécificité de ces phlegmons, je ne veux pas y prétendre. D'abord, je n'ai qu'un seul fait qui ait été examiné bactériologiquement. C'est insuffisant. Je suis aussi de l'avis de M. Reynier pour ce qui est de l'influence du terrain où ces phlegmons se développent. A la vérité, je me souviens que mes quatre premiers malades étaient cachectiques et en état de dénutrition. Seul mon dernier malade avait une bonne santé.

Donc, je ne veux pas faire du phlegmon ligneux du cou une maladie déterminée et spécifique. Je suis loin d'une pareille conception. Je veux simplement dire qu'il existe, au niveau du cou, une variété de phlegmons qui ont des caractères bien définis, que l'on prend volontiers pour des tumeurs malignes et qui sont, enfin, susceptibles d'être traités avec succès par des méthodes rationnelles.

M. Poncet. — On a raison de tenir compte de la nature du terrain dans la marche de ces phlegmons chroniques. Mais il faut aussi tenir compte de la nature de l'agent pathogène. Autrefois, tous les phlegmons de la région cervico-faciale étaient attribués au staphylocoque et au streptocoque. J'ai fait, depuis quelques mois, examiner systématiquement le pus de ces phlegmons dans mon service. On y a trouvé quelquefois le champignon de l'actinomycose. On y a trouvé aussi du mycélium d'autre nature. En définitive, la moralité à tirer de ces faits, c'est qu'il faut voir dans ces sortes d'inflammations le résultat d'infections que nous connaissons encore mal et sur la nature desquelles doivent se porter systématiquement nos efforts.

De la cholécysto-duodénostomie.

M. Delbet lit l'observation d'une femme de trente ans, atteinte d'un ictère par rétention et de douleurs de coliques hépatiques subintrantes, chez laquelle la laparotomie et l'examen des voies biliaires n'ayant pas révélé la trace de calculs, il a fait la fixation de la vésicule biliaire à la première portion du duodénum.

Présentation de malade.

Guérison du tétanos.

M. Broca présente un malade qu'il a guéri du tétanos par les injections du sérum antitétanique. Cet enfant avait été auparavant traité par le chloral à haute dose. C'est, dit M. Broca, le premier cas de guérison dû à l'action du sérum que je connaisse.

M. Lucas-Championnière. — M. Broca oublie que j'ai présenté autrefois à l'Académie et ici même le premier malade tétanique chez qui les injections de sérum avaient amené une guérison certaine. Voilà deux cas de guérison dûment constatés. Cela ne dément pas encore le fait exprimé par M. Nocard quand il dit qu'il ne connaît pas l'agent guérisseur du tétanos.

M. Delorme. — Je reproche à M. Broca d'attribuer au seul effet du sérum la guérison d'un malade qu'il a traité d'abord avec du chloral. Il n'oublie pas, je pense, que le chloral a déjà fait ses preuves dans le traitement du tétanos. Et il est, je crois, téméraire de lui enlever aujourd'hui toute son efficacité.

M. Reclus. — Un des journaux de la semaine renferme un travail sur le traitement du tétanos par la méthode mixte (chloral et sérum). Je ne sais rien, pour mon compte, de l'action curative du sérum antitétanique. Mais je ne doute pas de son action préventive. J'ai l'habitude de faire, dans mon service, des injections préventives de sérum antitétanique à tous mes grands blessés. Depuis que je suis cette conduite, je n'ai jamais vu de cas de tétanos. Jean Petit.

Ordre du jour de la séance du 3 juin 1896.

Discussion du rapport de **M. Michaux** sur la cholédochotomie.

Rapport : 1° Ankylose angulaire du genou, par **M. Binaud** (de Bordeaux).

2° Fibrômes récidivants d'origine traumatique, par **M. Andoin** (de Port-au-Prince), rapport par **M. Picqué**.

Communication : Traitement du cancer du rectum, par **M. Chaput**.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 26 mai.

Un cas de myosite ossifiante progressive.

M. Weill. — Voici un malade âgé de trente ans qui est atteint de myosite ossifiante progressive. Le début de cette affection remonte à douze ans. Il fut marqué par de la fièvre, des vomissements, de la rougeur et de la tuméfaction de toute la partie supérieure du côté droit du corps. Trois mois après le début, toutes les parties atteintes étaient devenues rigides et dures; il y avait une ankylose de l'épaule, les mâchoires étaient contracturées et la tête dans l'immobilité.

Ces phénomènes aigus se sont montrés deux années de suite, toujours à la même époque et du même côté du corps, mais envahissant progressivement cette moitié par une marche descendante. Peu à peu, le côté gauche du corps a été pris de la même façon; la jambe gauche a été la dernière atteinte.

Actuellement, le malade ne peut ni se tenir debout, ni marcher; les muscles du tronc sont durs, rigides et forment une vraie carapace avec des travées, des reliefs et des excavations. Il n'y a d'exception que pour les muscles antérieurs du tronc et de la face. Aux membres supérieurs, les deux triceps sont ossifiés. Les muscles des avant-bras ont été respectés. Aux membres inférieurs, on voit de nombreuses exostoses ou hyperostoses. Le malade enfin a un état général aussi satisfaisant que possible.

Kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires, gueri par le capitonnage et la suture sans drainage.

M. Nicaise, à l'occasion d'un travail présenté par M. Pierre Delbet sur ce sujet, lit un rapport dont voici la teneur: M. Delbet a appliqué au traitement d'un kyste hydatique du foie communiquant avec les voies biliaires, le capitonnage de la poche qu'il avait déjà proposé à propos d'un rapport fait à l'Académie par M. Duplay.

M. Delbet a donc réuni avec deux gros fils de catgut les parois de la poche, puis il a suturé l'incision hépatique par un surjet au catgut. Le tout a été abandonné dans le ventre sans drainage et le malade a parfaitement guéri.

Le procédé de capitonnage constitue donc un progrès sur la marsupialisation de la poche. Mais c'est un procédé qui est loin d'être applicable à tous les cas. D'ailleurs, M. Delbet a raison de limiter son emploi aux kystes dont le contenu est clair et non infecté. De même, il n'emploie le capitonnage dans les cas où la poche communique avec les voies biliaires qu'après s'être assuré que la bile n'est pas infectée.

Douleurs vésicales des prostatiques.

M. Guépin. — La douleur est le phénomène qui inquiète le plus les prostatiques. A la première période de l'hypertrophie de la prostate, elle est tardive. A la seconde période, elle apparaît à propos de chaque émotion et va croissante jusqu'à la rétention d'urine douloureuse. Elle se montre même encore après l'évacuation de la vessie. Elle est partout le fait d'un spasme vésico-uréthral.

M. Guépin propose de combattre cette douleur, à la première période, en s'opposant aux causes de congestion prostatique par les purgatifs, la saignée locale. Il recommande aussi de s'opposer à la rétention des produits de sécrétion dans les culs-de-sacs glandulaires. A la seconde période, cette douleur sera combattue par la sonde à demeure associée aux soins précédents.

Si, malgré ces soins, l'état douloureux s'aggrave, c'est qu'il y a une infection prostatique aiguë, et il faut alors avoir recours à la cystotomie.

M. Robin lit un rapport sur les travaux présentés à l'Académie par les stagiaires aux eaux minérales.

M. Ferrier lit un rapport sur la création d'un grand hôpital au Creuzot. Cet hôpital a été institué selon toutes les règles de l'antisepsie actuelle et pourrait servir de modèle à la construction des hôpitaux parisiens.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai.

Empoisonnement par l'acide pyrogallique.

M. Dalché rapporte l'observation d'un cas d'empoisonnement volontaire à la suite de l'ingestion de 15 grammes d'acide pyrogallique en poudre mêlés à un verre d'eau additionné d'absinthe.

Les accidents cliniques ont évolué sans rien présenter d'imprévu, mais les résultats de l'autopsie sont curieux.

Les reins présentèrent des lésions importantes. Ils sont gros, noirâtres; leurs tubes sont comblés par des sphères réfringentes, sorte de houles qui présentent des réactions micro-chimiques permettant d'affirmer la présence de sels de fer dans leur constitution. Ces éléments sphériques existent dans les capillaires et dans les grosses veines. Mais contrairement à ce que l'on trouve d'ordinaire, au cas d'hémoglobinurie toxique, les épithéliums du rein ne renferment aucune poussière pigmentaire donnant les réactions ferrugineuses.

Il y a donc dans ce cas altération profonde du sang avec destructions globulaires, mais les lésions rénales accompagnant l'hémoglobinurie manquent.

Deux cas de sable intestinal et d'entérite muco-membraneuse.

MM. Mathieu et Richard. — La question de la production de sable dans l'intestin n'est pas nouvelle; elle n'est cependant pas étudiée avec les développements qu'elle comporte; nous croyons donc devoir communiquer à la Société deux nouveaux cas que nous venons d'observer.

Dans un cas, le sable se présentait sous forme de grains assez réguliers, d'une couleur jaune, ayant environ 1/4 ou 1/2 millimètre de diamètre. Les grains étaient disséminés dans une masse assez considérable de matières fécales. L'analyse chimique permit de lui reconnaître la composition suivante :

Matière organique	50 gr.	80
Phosphate tricalcique	64	20
Carbonate de chaux	5	41
Matières minérales diverses	1	57

Dans le second cas, les grains de sable étaient heaucoup plus volumineux; son aspect rappelait assez exactement celui du poivre blanc; on peut admettre que cet aspect est le résultat d'une agglomération des grains entre eux.

Les recherches que nous avons faites, à propos de ces deux cas, nous ont démontré que l'existence de ce sable, dans les fèces, coïncidait fréquemment avec l'évolution d'une entérite muco-membraneuse.

Nous demandons si, dans cette association fréquente de l'entérite muco-membraneuse et de la lithiase intestinale, il n'y a pas autre chose qu'une simple coïncidence, s'il n'y a pas une véritable relation de cause à effet.

La composition chimique de ces concrétions présente, dans les différents cas, une remarquable analogie; ce qui y prédomine, ce sont les sels de chaux.

Les calculs appendiculaires, auxquels M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production de l'appendicite, ont une composition très analogue.

Les gros calculs de l'intestin qu'on a analysés à plusieurs reprises ont la même constitution chimique.

L'intestin n'est pas, du reste, la seule cavité revêtue d'une muqueuse qui puisse renfermer des calculs d'une composition analogue : on en trouve dans les amygdales, dans les fosses nasales, dans les bronches.

Ces diverses concrétions peuvent-elles être considérées comme des productions diathésiques, à la façon de certains calculs des voies biliaires et des voies urinaires?

Nous ferons remarquer, tout d'abord, que les calculs biliaires et urinaires que l'on considère comme diathésiques n'ont pas le phosphate de chaux comme base. Les calculs primaires sont formés d'acide urique ou d'urates et d'oxalates pour les voies urinaires, constitués par les matières colorantes de la bile ou par la cholestérine pour les voies biliaires. Les calculs secondaires ne se forment que lorsqu'il survient une vive inflammation de la muqueuse qui tapisse les réservoirs urinaires et biliaires.

On peut se représenter comment se constituent les concrétions intestinales lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse, c'est-à-dire une desquamation cellulaire abondante et une sécrétion très riche en mucus. Du reste, d'après l'étude microscopique des mucosités et des membranes de l'entérite muco-membraneuse, récemment faite par Sven-Akerlund, on y trouverait des cristaux de phosphate de chaux. La production de sable à base de phosphate de chaux ne serait peut-être que l'exagération d'un processus normal. En effet, Robert et W. Koch ont vu se produire des concrétions à base de magnésie et de chaux dans les détritus épithéliaux accumulés dans la partie du gros intestin située au-dessous d'un anus contre nature.

Pour que des concrétions, assez volumineuses pour constituer des grains de sable multiples, puissent prendre naissance il faut admettre : 1° un apport anormal de sels calcaires, ce qui expliquerait hien la desquamation et la sécrétion muqueuse exagérées par le fait de l'inflammation ; 2° une véritable stase de ces produits, ce que réalise la constipation habituelle dans ces conditions.

La production de la chaux, qui incruste volontiers les divers amas de cellules en voie de nécrobiose, n'est pas l'apanage d'un organe.

Est-elle la conséquence d'une modalité particulière de la vitalité de l'organisme entier, d'un état diathésique en d'autres termes? Cela n'est pas démontré.

La lithiase appendiculaire à laquelle M. Dieulafoy attribue un rôle si important dans la production des accidents de l'appendicite doit être, d'après ce qui précède, la conséquence d'une inflammation antérieure de l'appendicite. Si elle est d'origine diathésique, ce n'est qu'indirectement, parce que certaines personnes ont une prédisposition particulière, congénitale et familiale, à l'inflammation de ce diverticule de l'intestin.

Pour terminer, nous voulons appeler l'attention sur un point intéressant, relativement au diagnostic différentiel. Dans le premier des deux cas que nous avons observés, on avait porté le diagnostic de coliques hépatiques. La colite muco-membraneuse donne parfois lieu, en effet, à des douleurs paroxystiques qui, lorsqu'elles siègent immédiatement au-dessous du foie, peuvent simuler la colique hépatique fruste. Cependant, dans ces conditions, il ne survient pas d'ictère, et l'analyse des concrétions rejetées par l'intestin montre qu'elles ne renferment ni matière colorante de la bile, ni cholestérine.

Le diagnostic n'est pas sans importance pour les indications thérapeutiques. Il n'est pas démontré, en effet par exemple, que la cure à Vichy, si utile en cas de lithiase hiliaire, soit aussi bienfaisante lorsqu'il s'agit de la lithiase intestinale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 mai.

Le lavage du sang dans les infections chirurgicales.

M. Tuffier. — Depuis les recherches de MM. Dastre et Loye, faites il y a quelques années, les injections intraveineuses de solutions salines, appelées sérum artificiel, sont employées par différents médecins et chirurgiens. Elles ont donné des résultats remarquables dans les cas d'hémorrhagies abondantes et dans les maladies infectieuses. Personnellement j'ai eu l'occasion de pratiquer ces injections massives dans le tétanos, dans les hémorrhagies traumatiques graves, dans les septicémies péritonéales, dans certaines infections rénales. D'après les divers cas où j'ai eu recours à ce traitement, qui s'élevaient à peu près au nombre de cinquante, je veux soumettre à la Société les réflexions que m'a suggérées le mode d'action de cette méthode thérapeutique, en même temps que lui faire connaître les résultats obtenus.

En 1892, je soignai, à l'hôpital Beaujon, un malade qui avait reçu cinq jours avant son entrée dans mon service un coup de pied de cheval à la région orbitaire droite. La plaie était bien cicatrisée, lorsqu'au troisième jour se montra du trismus; le malade était atteint d'un tétanos au début, limité à ce moment à la région cervico-faciale.

Le traitement par le chloral, la morphine, l'enveloppement ouaté n'empêchait pas les contractures de se généraliser et des spasmes laryngés de se produire. Avec MM. Chantemesse et Vidal, le lavage du sang fut alors décidé. Aussitôt, le malade étant en opisthotonos, je fis une saignée de 500 grammes et j'injectai 1,200 grammes de sérum artificiel. Dans la même journée, il y eut cessation des contractures, et le lendemain matin persistait seule une difficulté à écarter les mâchoires. Mais le surlendemain, le trismus et les contractures ayant reparu, je fis une nouvelle saignée de 700 grammes et j'injectai encore 1,200 grammes de sérum artificiel. Dès le soir de ce même jour, il ne restait plus qu'un peu de trismus, qui ne tarda pas à disparaître complètement, si bien que trois jours plus tard, le malade était presque guéri. Un an plus tard, je l'ai revu, il était en parfaite santé.

A côté de cet exemple remarquable, je puis en citer un autre tout aussi heureux. Il s'agit d'un employé de chemin de fer dont le pied droit et la main avaient été écrasés par un coup de pilon. Cinq jours après l'accident, se montra un tétanos à début cervico-facial. Devant l'échec du traitement ordinaire, j'eus recours à des injections de sérum artificiel précédées de deux saignées d'environ 600 grammes. La guérison a été complète.

Sans en déduire des conclusions trop rapides, il me semble que certaines formes de tétanos sont justiciables de l'emploi de sérum artificiel, et je crois que ce traitement ne doit pas être négligé, lorsque les autres moyens n'ont pas réussi.

En ce qui concerne l'emploi des injections de sérum contre les hémorrhagies graves et les infections péritonéales, je ne pourrai que répéter ce qu'on a déjà dit sur la question. Les quantités que j'ai injectées ont varié de 3 à 8 litres. Cinq malades ont guéri par ce moyen. Quatre d'entre elles étaient atteintes de septicémie péritonéale consécutive à des appendicites ou à des interventions abdominales graves. Elles étaient atteintes d'une forme redoutable, avec pouls incomptable et apyrexie presque complète. Trois fois, il est vrai, j'ai échoué en employant le sérum artificiel dans ces affections, mais il y aurait aussi à enregistrer des succès où les malades auraient peut-être guéri sans cette intervention.

La physiologie pathologique me permettait de prévoir que je n'obtiendrai pas grand résultat, par l'emploi de ces injections, dans les cas d'infections rénales suppurées, alors que l'un des deux reins avait été ouvert et drainé. Je suis arrivé, toutefois, à prolonger ces malades de quelques jours, en provoquant une diurèse et en rendant à la bouche un peu de l'humidité en général favorable au point de vue du pronostic.

Les pyélo-néphrites doivent-elles être traitées par les lavages du sang? On ne peut encore répondre à cette question de façon déterminée, mais peut-être certaines formes de ces maladies relèveront-elles un jour de ce traitement.

La seconde partie de la question que je veux étudier est un point de physiologie pathologique et se rapporte au mode d'action de ces lavages. Les toxines sont entraînées par ces grands lavages, mais, pour cela, il faut le relèvement et le maintien d'une tension normale de la pression artérielle. Mais on doit bien savoir que les conditions dans lesquelles se trouve le médecin ou le chirurgien devant un malade ne sont pas celles où s'étaient placés les expérimentateurs.

Tout d'abord, les quantités d'eau injectée en pathologie humaine sont beaucoup moindres que dans les expériences. Il suffit d'une simple réplétion de l'appareil circulatoire pour provoquer la diurèse, la sécrétion salivaire, la diaphorèse, en un mot le jeu de tous les émonctoires naturels.

De plus, le physiologiste s'adresse à un animal sain, à tension artérielle normale, tandis que le thérapeute s'adresse à un malade à pouls petit, rapide, mou et fuyant, à tension artérielle minima. L'abaissement de la pression artérielle, c'est le premier symptôme d'une infection chirurgicale grave et le malade arrive à succomber par asthénie cardiaque.

L'injection intra-veineuse a précisément pour premier effet d'augmenter la tension artérielle, de diminuer et de régulariser les battements cardiaques. Elle provoque ce résultat si rapidement que l'on n'y peut voir autre chose qu'une action mécanique; la contraction cardiaque ne se fait plus à vide, elle trouve un point d'appui. Si, d'autre part, on songe que l'abaissement de la pression artérielle conduit à une excrétion minima d'urine, on conçoit combien est grave pour l'organisme la suppression du filtre rénal, qui empêche l'élimination des toxines et aggrave les accidents. C'est pourquoi, en rendant à l'appareil circulatoire sa tonicité, l'injection intra-veineuse provoque de la diurèse, et permet aux malades de rendre des quantités d'urine à peu près normales dans les vingt-quatre heures. Cette urine doit être fort toxique, car elle doit renfermer beaucoup de produits morbides. En même temps que les reins, les glandes salivaires, la peau, l'intestin éliminent les produits toxiques, et, c'est ainsi que peut s'expliquer la guérison.

Certains auteurs croient même qu'en rétablissant la tension artérielle et en pratiquant des injections intra-veineuses, on empêcherait l'absorption au niveau des foyers morbides. En tous cas, il semble bien que la résorption par les veines au niveau des régions infectées doit être singulièrement facilitée par le manque complet d'ingesta. En rétablissant la pression normale, on remédie dans la mesure du possible à cet état de choses.

M. Malassez. — Ce ne sont pas les solutions salées physiologiques contenant à peu près 7 grammes et demi de chlorure de sodium pour 1,000 d'eau qui conservent le mieux les globules rouges normaux.

On connaît bien, il est vrai, la diminution de nombre qui se fait dans ces conditions, mais les modifications de formes et de dimensions ont été beaucoup moins étudiées.

En mélangeant le sang des animaux supérieurs ou le sang de l'homme avec la solution salée à 7.5 0/0, il se produit une diminution de diamètre et une augmentation d'épaisseur des globules rouges. Les solutions salées sont-elle plus concentrées, il y a agrandissement de diamètre et diminution d'épaisseur. Puis il se produit une sorte d'aplatissement des globules qui se plissent irrégulièrement. Enfin, les solutions voisines de 1 0/0 conservent beaucoup mieux les dimensions et les formes normales des globules.

Ces modifications de dimensions s'accompagnent-elles de modifications dans la vie et le fonctionnement des globules? La chose est possible, probable même.

Pour ces différentes raisons, l'usage de la solution aussi phy-

siologique que possible ne devrait peut-être pas être exclusif. Il pourrait se faire que dans certaines conditions, des solutions modificatrices trouvent leur emploi, solutions plus diluées ou plus concentrées que la solution ordinaire.

Procédés de défense dans le règne animal et le règne végétal.

M. Charrin ayant inoculé aux animaux le bacille du brunissement du sarment, a remarqué que celui-ci n'arrive parfois à tuer le lapin ou le cobaye que si l'on fait intervenir d'autres éléments comme le froid, le traumatisme, tous éléments en un mot capables de détériorer le terrain, de troubler les phagocytes, de modifier l'action des vaso-moteurs.

D'autre part, la diffusion chez la plante ne se réalise pas de la partie malade à la partie saine. Ces différents faits mènent à conclure que plus les êtres s'élèvent dans l'échelle, plus leurs modes de protection acquièrent de complexité, comme leurs différents appareils.

L'exemple de la vigne montre bien le rôle des sucs, de leur acidité, qui se surajoute aux résistances qu'opposent les membranes d'enveloppe des cellules, résistances qui sont plus fortes que celles opposées par les épithéliums.

C'est en s'adressant à des espèces variées qu'on arrive à dissocier les différents procédés de défense des organismes vis-à-vis des parasites.

On voit ainsi que les protections les plus répandues, les plus fixes sont liées à la nutrition, à la composition et à la réaction des plasmas. Ces protections à elles seules peuvent s'opposer à l'infection. Les protections dérivant du névraxe, des cellules à mouvements amiboïdes sont des protections surajoutées, sortes de perfectionnements de la défense des organismes vis-à-vis des parasites.

Tuberculisation expérimentale du foie par l'artère hépatique.

MM. Gilbert et **Claude** ont étudié les résultats que leur ont fournis sept cas de tuberculisation expérimentale du foie par l'artère hépatique.

En injectant des bacilles tuberculeux dans l'artère hépatique, on détermine une accumulation de leucocytes dans les espaces portes uniquement et surtout dans la paroi des conduits biliaires, beaucoup plus qu'autour des veines et dans le tissu cellulaire. Puis, tout l'espace porte est bientôt envahi par le processus tuberculeux où se forment des follicules avec cellules géantes. La lésion reste limitée à l'espace porte. Dans certains cas, il se fait des embolies, thromboses, des artérites tuberculeuses, qui conduisent à la nécrose certains territoires hépatiques autour de l'espace porte. La zone sphacélée est limitée par une zone fibro-conjonctive remplie de cellules rondes.

Au bout d'un certain temps, les lésions tuberculeuses se généralisent loin des espaces portes, comme si les foyers d'inoculation primitifs étaient l'origine d'une nouvelle infection. Comme les tubercules se disposent surtout au niveau des conduits biliaires, on peut voir dans l'infection par l'artère hépatique une cause possible de tuberculose des voies biliaires.

Teneur de la bile en cholestérine.

MM. Doyon et **Dupont** ont recherché quelle pouvait bien être l'origine de la cholestérine dans la bile. Ils ont vu que si la bile de fistule contient de la cholestérine, la bile de vésicule en contient beaucoup plus. On peut en conclure que les parois de la vésicule elle-même fournissent un apport de cholestérine, ce qui amène les auteurs à croire que la cholestérine est éliminée au niveau du foie et au niveau de la vésicule. Le dosage de la cholestérine dans le foie de chien a, en effet, donné de 0.30 à 0.80 0/0 de cholestérine.

Un cas de polynévrite avec lésions de la moelle épinière.

M. Marinesco a examiné le système nerveux central et périphérique d'un individu atteint de paralysie atrophique dans le domaine du nerf sciatique poplité externe. Il a constaté les nombreuses lésions suivantes : dégénérescence parenchymateuse des nerfs sciatiques poplités externes, intégrité des racines antérieures, dissolution du kinétoplasma des cellules nerveuses situées dans le groupe postéro-externe du renflement lombaire, c'est-à-dire de la substance chromatique de ces cellules, migration du noyau vers la périphérie, intégrité de la substance fondamentale de la cellule nerveuse.

Les lésions cellulaires sont des lésions par réaction à distance, qui sont consécutives à la dégénérescence des nerfs périphériques. Etant donné que la guérison des polynévrites peut se voir dans certains cas, il faut en conclure que les lésions centrales qui se produisent à leur suite peuvent également guérir.

Résistance thermogénétique de l'homme.

M. Lefèvre. — Un homme de trente-deux ans a été plongé dans l'eau à 15 degrés pendant trois heures, durant lesquelles il n'a pas bougé. Cette expérience a amené l'auteur à formuler les conclusions suivantes :

Au début, on remarque une phase d'excitation, pendant laquelle la température du corps s'élève malgré une perte de 132 calories. Au bout de quinze minutes, commence une phase de dépression durant vingt à vingt-cinq minutes. La température interne s'abaisse pendant ce temps, et la thermogénèse reste cependant supérieure à la moitié du débit. Enfin, il se fait une oscillation insignifiante, et la température interne reste fixe. Pendant deux heures et demie, le coefficient de résistance reste à peu près invariable; il est voisin de l'unité et l'on peut dire que, malgré le débit considérable de 4 calories à la minute, la résistance est parfaite.

On voit donc que l'économie peut arriver à compenser pendant plusieurs heures les pertes énormes que l'eau froide lui font subir, s'élevant à 800 calories dans de cas présent, et cela grâce à sa résistance et à son adaptation.

Les injections de sérum artificiel et l'empoisonnement par la strychnine.

M. Chassevant a entrepris une double série d'expériences chez le lapin, qui lui fait admettre que les injections de doses massives de sérum artificiel semblent empêcher l'intoxication par la strychnine, mais à condition d'être faites avant qu'apparaissent les accidents nerveux.

D'une double coque excrémentielle chez certains insectes.

M. Lécaillon dépose, par l'intermédiaire de **M. Henneguy**, une note où il établit que le clythra quadripunctata a deux coques excrémentielles, l'une larvaire, l'autre ovulaire. Cet insecte est donc pendant presque toute son existence enveloppé d'une coque excrémentielle. Seule, la période d'existence ailée se passe sans cet abri protecteur.

Méthode d'auscultation de la percussion.

M. Capitan rappelle que si M. Branchi semble être l'auteur de la méthode de l'auscultation stéthoscopiques de la percussion, c'est Boudet qui a le premier, en 1880, imaginé un stéthoscope à cet effet. Ce stéthoscope, modifié par MM. Capitan et Verdin, donne les mêmes résultats que le phonendoscope.

M. Railliet décrit des parasites internes et externes trouvés par lui à l'autopsie d'un jeune dromadaire.

M. Giard présente une note établissant l'existence d'un ferment bleuissant la teinture de gaïac chez le botrylloïdes cyanescens et chez l'ascidia fumigata Grube.

LES LIVRES

Chez Rueff et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

Formulaire, thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par le Dr J. Comby, médecin de l'hôpital Trousseau. 1 volume de 820 pages, reliure d'amateur, 2e édition. Prix, 10 francs.

Cette deuxième édition d'un livre qui s'adresse aux étudiants et aux praticiens a été revue avec soin et considérablement augmentée. Tel qu'il est actuellement, l'ouvrage forme un guide des plus utiles au chevet du malade; car il donne non seulement l'indication des remèdes les plus employés, mais encore les principaux signes et les particularités cliniques des différentes maladies de l'enfance. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la table des matières pour juger du travail que l'auteur s'est imposé pour répondre à tous les desiderata de la pratique médicale des enfants.

Traité des maladies de l'enfance, par le Dr J. Comby, médecin de l'hôpital Tronsseau, 2e édition. 1 volume de 900 pages, reliure d'amateur. Prix: 12 francs.

Dans cette seconde édition, parue peu de temps après la première, l'auteur, sans changer le plan d'un ouvrage qui avait obtenu beaucoup de succès, s'est efforcé de le tenir au courant de la science. Après un préambule de physiologie et d'hygiène infantiles, on trouve successivement décrites les *maladies générales infectieuses*, les *maladies générales de la nutrition*, les *maladies des divers organes* (Appareil digestif et annexes, appareil respiratoire, système nerveux, appareil circulatoire, voies génito-urinaires, organes des sens, peau, etc.).

Dans son format modeste, ce livre est très complet et embrasse toute la pathologie de l'enfance.

Chez Masson et Cie.

Uranisme et unisexualité, par Marc-André Raffalovich. 1 volume in-8° de la bibliothèque de Criminologie, rel. perc. ang. 8 fr.

Sous ce titre: Uranisme et unisexualité, M. Marc-André Raffalovich vient de publier dans la bibliothèque de criminologie une étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel.

Jusqu'ici ces questions avaient été traitées au point de vue scientifique par les médecins légistes, et les traités de Casper et de Tardieu sur les attentats aux mœurs avaient indiqué ce problème que devaient préciser plus tard Krafft-Ebing et Chevalier. Ces derniers surtout avaient fixé les aberrations, les perversions, les impulsions ou les actes qui montrent un état mental défectueux.

Le mérite de M. Raffalovich est d'avoir étudié ces faits en psychologue, insistant sur l'inversion sexuelle congénitale ou uranisme, tirant les exemples les plus curieux de l'histoire.

Il n'y a pas de lecture plus troublante et plus instructive, et en voyant classer et préciser ces faits si étranges, on explique une partie de la criminalité. Pour les médecins et légistes, c'est un livre indispensable.

Chez L. Bataille, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Manuel de Thérapeutique clinique, par le professeur G. Lemoine. 1 vol. grand in-18. Prix 8 fr.

Le succès considérable obtenu par la première édition de cet ouvrage nous dispense de le présenter de nouveau à nos lecteurs. Mis au point pour cette seconde édition, contenant le dernier mot de la thérapeutique pour les anciens aussi bien que pour les chapitres ajoutés, ce petit volume de 501 pages, contenant 375 formules, renferme tout ce qui peut être utile au praticien.

Le traitement approprié à chaque maladie est indiqué, suivant le cas, d'une façon nette et précise, qui dispense de longues et fastidieuses recherches dans de gros ouvrages. C'est un compendium où se trouve quintessenciée la pratique de la thérapeutique et qui doit être le livre de chevet de tous les médecins.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 1er AU 6 JUIN 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er juin, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Landouzy, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Marchand, Ricard, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Monod, Delbet, Walther. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Straus, Widal.

Mardi 2 juin, à 1 heure. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan, Ménétrier. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Cornil, Marie, Gilbert. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Achard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Polaillon, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Campenon, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Raymond, Charrin.

Mercredi 3 juin, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Gaucher, Netter.

Jeudi 4 juin, à 1 heure. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Chantemesse, Charrin. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Lahoulbène, Hutinel, Roger. — 3e (2e partie, 3e série) : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Widal. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 5 juin, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Netter, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Monod, Delbet. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Straus, Gilles de la Tourette. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Wurtz, Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

Samedi 6 juin, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Marfan, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Campenon, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Raymond, Chantemesse. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Lundi 1er juin, à 1 heure. — 1er : MM. Reynier, Retterer, Sebileau.
Mardi 2 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier.
Mercredi 3 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Reclus, Sebileau, Retterer.
Jeudi 4 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Mathias-Duval, Poirier, Thiéry.
Vendredi 5 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Marchand, Reynier, Sebileau.
Samedi 6 juin, à 1 heure. — 1er : MM. Mathias-Duval, Rémy, Quénu.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 3 juin, à 1 heure. — *M. Tonnelier* : Les gangrènes cutanées d'origine hystérique (MM. Fournier, Landouzy. Widal, Gilles de la Tourette). — *M. Moutrier* : Chancre tuberculeux de la verge (MM. Fournier, Landouzy, Widal, Gilles de la Tourette). — *M. Houssay* : De l'emploi thérapeutique de l'air comprimé et de sa vulgarisation au moyen d'un appareil transportable (MM. Landouzy, Fournier, Widal, Gilles de la Tourette). — *M. Debray* : Fréquence de l'albuminurie et de la glycosurie dans la convalescence; examen de 1,000 convalescents (MM. Straus, Pinard, Chantemesse, Poirier). — *Mlle Guillarmou* : Valeur hémostatique de certains mouvements musculaires contre les méno- et métrorrhagies chroniques (MM. Pinard, Straus, Chantemesse, Poirier).

Jeudi 4 juin, à 1 heure. — *M. Delanglade* : De la luxation congénitale du fémur (MM. Lannelongue, Joffroy, Broca, Marie). — *M. Combret* : De l'épilepsie larvée; symptômes et diagnostic (MM. Joffroy, Lannelongue, Broca, Marie). — *M. Graille* : Etude sur les calculs salivaires du canal de Warthon (MM. Guyon, Duplay, Polaillon, Rémy). — *M. Champenois* : Etude critique du traitement des kystes hydatiques du foie; avantages des incisions larges (MM. Duplay, Guyon, Polaillon, Rémy). — *M. Dezanneau* : Du rhumatisme blennorrhagique et de son traitement (MM. Bouchard, Debove, Roger, Wurtz). — *M. Bonhommet* : Des lymphangiectasies cutanées et particulièrement d'une forme lymphorrhagique végétante avec éléphantiasis (MM. Debove, Bouchard, Roger, Wurtz).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

L'ouverture dn concours du prosectorat est reportée au lundi 1er juin.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine de Dijon.

Un concours s'ouvrira, le 12 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Lyon pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Dijon.

Ecole de médecine de Marseille.

Sont nommés chefs de clinique : MM. les docteurs Sesquès (*clinique médicale*); Soulié (*clinique chirurgicale*).

Ecole de médecine de Reims.

M. le docteur Henrot, professeur de pathologie médicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Luton, décédé.

Ecole de médecine de Clermont.

Un concours s'ouvrira, le 16 novembre 1896, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Clermont.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

Voici le sujet de la composition écrite : *Péritonites chroniques*.

La première séance de lecture a eu lieu le 26 mai : MM. Bruhl, 18; Gallois, 18; Mosny, 15; F. Bezançon, 19; Thérèse, 13; de Grandmaison, 16.

Concours d'accouchement (Bureau central).

MM. Duhrisay, 13; Demelin, 18; Potocki, 17; Basset, 13.

La quatrième épreuve (opérations snr le cadavre) a eu lieu le vendredi 22 mai : MM. Tissier, 17; Wallich, 17; Basset, 11; Potocki, 19; Demelin, 15; Chavane, 11; Duhrisay, 10.

NOUVELLES

Addition à l'article 124 du règlement sur le service de santé, relatif au concours des prix de l'internat en médecine.

Le directeur de l'administration de l'Assistance publique,

Vu la loi du 10 janvier 1849, articles 1 et 5 et celle du 7 août 1851, article 8 *in fine*;

Vu le vœu formulé par l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices, et tendant à ce que, dans le concours des prix de l'internat, l'épreuve, dite du mémoire, soit jugée la première;

Vu l'avis conforme émis par le conseil de surveillance dans sa séance du 30 avril 1896;

Considérant que, pour donner suite à ce vœu, il y a lieu de compléter par une disposition additionnelle l'article 124 du règlement sur le service de santé, relatif aux concours des prix de l'internat en médecine et en chirurgie;

Arrête :

Article premier. — L'article 124 du règlement sur le service de santé, relatif aux concours annuels pour les prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, est complété par la disposition additionnelle ci-après :

« Le mémoire est jugé au déhut du concours.

» A cet effet, le jury reçoit, dans les premiers jours du mois » de novembre, communication des mémoires déposés par les » candidats. Il est réuni de nouveau 48 heures avant la date » fixée pour l'ouverture du concours, afin de délibérer sur la » valeur de ces mémoires; les points attribués sont communi- » qués aux candidats à l'ouverture de la première séance du » concours. »

Art. 2. — Le présent arrêté sera soumis à l'approbation de M. le Préfet de la Seine.

Fait à Paris, le 5 mai 1896.

Signé : E. Peyron.

Vu et approuvé :
Paris, le 15 mai 1896.
Pour le Préfet de la Seine et par délégation, le Secrétaire général de la préfecture,
Signé : Bruman.

Pour ampliation :
Le secrétaire général,
Ledru.

Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à lire, d'une manière régulière, le journal *le Parfait Nourricier*, que la plupart d'entre eux reçoivent. Ses articles toujours très intéressants, sont particulièrement consacrés aux choses de l'accouchement, à l'hygiène et à la thérapeutique infantiles. Le journal *le Parfait Nourricier* tire à cinquante mille; c'est dire qu'il a une énorme publicité. Il n'est reçu que par des membres de notre profession, en France et à l'étranger.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

EXPOSITION NATIONALE SUISSE A GENÈVE

A l'occasion de l'Exposition qui aura lieu à Genève du 1er mai au 15 octohre 1896, des hillets d'aller et retour de toutes classes, et à prix réduits, valahles 30 jours, seront délivrés par toutes les gares du réseau Paris-Lyon-Méditerranée., à partir du 25 avril jusqu'au 15 octohre.

La validité de ces hillets pourra être prolongée de 2 fois 15 jours, moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix des hillets. Les billets d'aller et retour délivrés de Paris pour Genève, à partir du 15 mai jusqu'au 30 septemhre, seront valahles 40 jours.

EXCURSIONS EN DAUPHINÉ

La Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus inréressantes de cette admirable région : Grande-Chartreuse, Gorges de la Bourne, Grands Goulets, Massifs d'Allevard et des Sept-Laux, Route de Briançon et Massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 75 centimes en timbres-poste adressés au service de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Billets d'aller et retour de Paris à Berne, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 101 fr.; 2e classe 75 fr.; 3e classe 50 fr. — De Paris à Interlaken, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 112 fr.; 2e classe 82 fr.; 3e classe 55 fr. — De Paris à Zermatt (Mont-Rose) viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne, sans réciprocité : Prix, 1re classe 140 fr.; 2e classe 108 fr.; 3e classe 71 francs.

Valables 60 jours avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Trajet rapide de Paris à Interlaken en 15 heures, sans changement de voiture en 1re et 2e classe.

Les hillets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octohre. Ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. — Franchise de 30 kilos de hagages sur le parcours Paris-Lyon-Méditerranée.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef* : **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Du traitement du pied creux.

Par P. Redard, chirurgien en chef du Dispensaire Furtado-Heine.

Le pied creux [*Hohlfuss, club fool, cavus, pes cavus, excavatus, arcuatus* (Fisher)], moins souvent observé en chirurgie orthopédique que les autres variétés de pieds bots, présente des indications thérapeutiques spéciales et importantes que nous désirons signaler.

Rarement à l'état isolée, le plus souvent combinée avec le varus et l'équin, cette difformité s'accuse le plus souvent par de graves symptômes fonctionnels, impossibilité de la marche, douleurs intolérables du pied s'irradiant dans le membre inférieur.

Les formes graves de pied creux sont tout particulièrement difficiles à guérir, exigent des traitements de longue durée, fréquemment inefficaces ou suivis de récidives.

Nous indiquerons, à côté des traitements usuels et connus, la méthode spéciale que nous appliquons dans les cas de pieds creux prononcés et invétérés, qui permet d'obtenir des guérisons rapides, complètes, durables.

Le *pied creux congénital*, souvent héréditaire, dû à une mauvaise disposition primitive des ligaments et des os, est rare. Le pied creux est généralement d'origine paralytique et ses différentes formes peuvent être rangées dans les variétés suivantes :

I. Variété résultant de la contracture du long péronier latéral (fig. 1). — Les signes caractéristiques du *pied creux valgus* observés dans ce cas sont :

1° L'abaissement de la saillie sous-métatarsienne et l'augmentation de la voûte plantaire ;

2° La diminution du diamètre transversal de l'avant-pied au niveau des têtes des métatarsiens, et la torsion de l'avant-pied sur l'arrière-pied, produisant des plis obliques à la face plantaire ;

3° Le mouvement de valgus dans l'articulation calcanéo-astragalienne ;

4° La saillie du long péronier latéral au-dessus de la malléole externe.

Fig. 1.
Pied creux valgus.

II. Variété consécutive a la paralysie ou a l'atrophie du triceps sural. — Dans cette variété bien décrite par Duchenne et Nicoladoni, le pied est *talus creux direct* (fig. 2). L'arrière-pied est seul dans la position habituelle du talus, l'avant-pied s'est infléchi et sa face plantaire regarde en bas.

Le triceps sural étant paralysé, les muscles antagonistes entraînent d'abord progressivement le pied dans une flexion continue sur la jambe et produisent le talus. En même temps, le long péronier latéral et le long fléchisseur des orteils infléchissent l'avant-pied sur l'arrière-pied, la face plantaire de l'avant-pied, en raison de cette inflexion, regardant directement en bas.



Fig. 2.
Talus pied creux direct.

Si le long péronier latéral est paralysé, les muscles jambier antérieur et long fléchisseur des orteils attirent le bord interne du pied en dedans et il se forme alors un pied *creux varus*. Si le long péronier latéral reste actif, pendant que les deux muscles précédents sont paralysés, la plante du pied tourne en dehors, le pied devient *creux valgus*.

III. Variété due a la paralysie des muscles interosseux, court fléchisseur et adducteur du gros orteil. — Dans cette variété, décrite par Duchenne sous le nom de *griffe pied creux*, l'excavation de la voûte plantaire et la position en griffe des orteils est due à la paralysie des muscles indiqués qui permet la prédominance d'action des antagonistes (muscle long extenseur des orteils, pédieux, extenseur du gros orteil, long et court fléchisseur commun des orteils). (Fig. 3.)

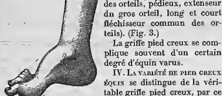


Fig. 3.
Griffe pied creux.

La griffe pied creux se complique souvent d'un certain degré d'équin varus.

IV. La variété de pied creux équin se distingue de la véritable griffe pied creux, par ce fait que pendant le repos, il n'y a que peu ou point de griffe.

V. La griffe pied creux équin (fig. 4) se produit par un mécanisme analogue à celui indiqué pour la griffe pied creux. L'équinisme est sous la dépendance de la paralysie des fléchisseurs du pied sur la jambe et en particulier du jambier antérieur, à la fois fléchisseur et adducteur.

Fig. 4.
Griffe pied creux équin.

Rapprochons de ces diverses variétés, le *non deforming club foot* de N. M. Shaffer. principalement caractérisé par une gêne ou même une impossibilité de flexion dans les articulations médio et tibio-tarsiennes. Le pied est creux, surtout à sa partie interne; il repose entièrement sur le sol, mais l'avant-pied ne peut être relevé. Le gros orteil est dans une position extrême d'extension.

Cette forme de pied bot, consécutive, d'après N. M. Shaffer, à des lésions nerveuses, à des positions vicieuses, au rachitisme (Beely) à des maladies infectieuses (diphtérie, scarlatine), ne nous paraît pas devoir être décrite à part, mais rapprochée des pieds creux sous la dépendance de la parésie des muscles de la jambe, principalement des muscles antérieurs fléchisseurs.

L'étude de *l'anatomie pathologique* des pieds creux donne des renseignements importants qui doivent être utilisés dans l'application des divers modes de traitement.

Suivant la variété, mais surtout suivant le degré, l'obstacle au redressement siège, soit sur les parties molles (*pied bot creux fibro-tendineux*), soit au niveau des os (*pied bot creux osseux*). Dans les formes invétérées, anciennes. la déformation du pied creux est à la fois sous la dépendance des rétractions des parties molles et des déformations osseuses ayant profondément modifié le massif osseux de la voûte plantaire. De ces deux obstacles au redressement, le plus important, le plus difficile à vaincre est certainement celui qui dépend de la déformation osseuse et nous pensons que les efforts du chirurgien doivent surtout être dirigés de ce côté.

Dans les formes prononcées de pieds creux, assez fréquemment observées, la peau, l'aponévrose plantaire sont fortement rétractées. Les tendons et les muscles de la région plantaire. principalement le tendon du jambier postérieur, le court fléchisseur, le long fléchisseur propre du gros orteil, l'adducteur du gros orteil et les intérosseux ont subi un raccourcissement rétractile considérable. Les ligaments plantaires et interosseux profonds participent aussi à la rétraction générale de toutes les parties molles de la région. L'extenseur propre du gros orteil et l'extenseur commun sont souvent rétractés.

Les os de l'arrière-pied, des articulations médio-tarsiennes présentent à leur face plantaire une incurvation plus ou moins marquée et sont profondément modifiés dans leur forme.

Le calcanéum est raccourci dans son ensemble, sa face inférieure est élargie, encavée, fortement relevée en haut et en avant.

L'astragale est déjetée en dedans, incurvée à sa face inférieure, son col est notablement saillant en haut et en dedans, souvent subluxé, enucléé de la mortaise qui doit le contenir.

Les cunéiformes, les métatarsiens, et même les phalanges dans quelques cas, présentent une incurvation marquée qui exagère la voûte plantaire. Leur face dorsale est plus développée que leur face plantaire.

Les articulations du tarse et du métatarse sont rigides, ankylosées, principalement à la partie interne du pied.

Traitement. — Le traitement du pied creux varie suivant son degré, son ancienneté, suivant sa forme et son association avec d'autres difformités, telles que l'équin et le varus.

Dans les variétés avec pied creux peu marqué, chez de jeunes sujets, l'aponévrotomie plantaire, les ténotomies, le redressement forcé manuel, ou même le traitement électrique avec contention par des appareils orthopédiques simples, sans intervention chirurgicale, donnent de bons résultats.

Dans les pieds creux graves, invétérés, avec subluxations et déformations osseuses, ces méthodes habituelles de traitement sont insuffisantes et inefficaces. Il est indispensable de s'adresser pour le traitement de ces cas rebelles. que nous avons surtout en vue dans notre travail, à des procédés opératoires spéciaux.

Les méthodes que l'on peut recommander sont :

1° *Le redressement instrumental par pression ou traction forcée, intermittente, obtenu en plusieurs séances* (N. M. Shaffer, Beely).

2° *Le redressement forcé manuel en une ou plusieurs séances.*

3° *Le redressement après tarsotomie ou tarsectomie (ablations osseuses totales ou partielles).*

4° *Le redressement forcé instrumental par la tarsoclasie, en une séance, que nous préconisons.*

Ces diverses interventions doivent être quelquefois précédées de la section sous-cutanée du tendon d'Achille, de la section à ciel ouvert, au moyen d'une incision verticale au bord interne du pied, au niveau de l'articulation médio-tarsienne, intéressant la région plantaire dans ses deux

tiers, de l'aponévrose plantaire, des muscles plantaires (fléchisseur commun des orteils, court abducteur du gros orteil), de divers tendons (extenseur commun allant au petit orteil, extenseur propre du gros orteil, jambier postérieur, long fléchisseur du gros orteil), quelquefois même des ligaments profonds (ligament en Y), qui s'opposent au rétablissement de la forme normale du pied.

Ces aponévrotomies et ténotomies suffisent lorsque le pied creux est sous la seule dépendance des rétractions fibro-tendineuses. Elles sont souvent le premier temps de l'intervention par les redressements forcés et les tarsotomies, lorsqu'aux rétractions des parties molles s'ajoutent des déformations et des déplacements des os du tarse et du métatarse.

I. — *Le redressement au moyen d'appareils orthopédiques* portés constamment ne convient pas dans les pieds creux d'une certaine importance. Les appareils spéciaux de Bigg, de Bauer, etc., ne doivent être recommandés que dans les pieds creux peu prononcés, réductibles. Ces appareils se composent d'une botte avec semelle métallique ; une pression assez forte peut être appliquée sur le dos du pied au moyen de lanières ou d'une double vis.

Les appareils récents de N. M. Shaffer et de Beely, basés sur les mêmes principes, ont une action plus efficace. Ils sont destinés à exercer des tractions ou des pressions puissantes de redressement, intermittentes, à intervalles plus ou moins rapprochés. Dans l'intervalle des séances, le résultat obtenu est maintenu au moyen d'appareils contentifs de construction assez simple. La méthode de traction forcée intermittente se rapproche, par quelques points, de notre procédé de redressement forcé par la tarsoclasie en un seul temps.

L'appareil de N. M. Shaffer (Voir notre *Traité d'Orthopédie*, page 699) se compose essentiellement d'une plaque pédieuse sur laquelle viennent se fixer des bandes de traction agissant, dans le cas de pied creux, sur la face dorsale du pied.

Beely a proposé un appareil analogue dont le mécanisme est représenté dans les figures 5, 6. Les clichés de ces figures nous ont été adressées par notre savant confrère Beely, auquel nous adressons nos plus vifs remerciements.

Fig. 5.

Une semelle en fer est divisée en deux parties inégales par deux échancrures latérales.

Une plaque verticale (fig. 5) sert à soutenir et à maintenir le pied en corrigeant l'adduction. Au-dessous de la semelle (fig. 6), se trouve une tige métallique en forme de T, que trois vis permettent d'éloigner de la semelle.

La partie supérieure de la semelle et la planche latérale dans les parties qui doivent se mettre en rapport avec le pied sont soigneusement garnies avec du feutre mou.

Le pied étant mis en bonne position sur l'appareil, une bande en caoutchouc est disposée de la façon indiquée dans les figures. Cette bande passe au-dessus de la tige métallique en T, de telle sorte que, lorsque les vis fonctionnent, la bande est fortement tendue, exerçant une pression de redressement uniforme et très considérable sur la face dorsale du pied.

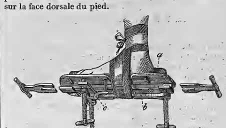
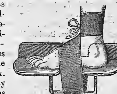
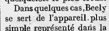


Fig. 6.

L'appareil est laissé en place pendant cinq à quinze minutes et les séances de redressement sont faites deux à trois fois par jour.

Les deux clefs figurées (fig. 6) aux deux extrémités de l'appareil peuvent servir à exercer un puissant effort de redressement au niveau des articulations tarsiennes et tibio-tarsiennes, lorsqu'il est nécessaire de corriger l'équinisme du pied, compliquant fréquemment le pied creux. Ces deux clefs peuvent aussi être placées sur les côtés de la semelle métallique, en des points variables suivant les cas, et aident à redresser la position en varus ou en valgus du pied qui accompagne quelquefois le pied creux.

Dans quelques cas, Beely se sert de l'appareil plus simple représenté dans la figure 7.



Fig. 7.

Dans les intervalles de redressement et pendant la nuit, Beely applique l'appareil de la figure 8, permettant la contention du pied dans une bonne position et évitant les récidives.

Le redressement par pression ou traction forcée intermittente avec les appareils de N. M. Shaffer et de Beely, présente, à notre avis, quelques sérieux inconvénients.

Le traitement par cette méthode est, en effet, long, douloureux, exposant à des récidives, exigeant des appareils compliqués, nécessitant, pendant longtemps, une grande surveillance et le port d'appareils orthopédiques. Il ne nous paraît pas convenir aux formes graves et invétérées du pied creux.

Fig. 8.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Stalpart van der Wiel (1620-1687).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Deux petits volumes constituent le bagage scientifique de ce médecin qui exerçait à La Haye au milieu du XVIIe siècle. Des observations rares de médecine, d'anatomie et de chirurgie en composent le fond et se poursuivent, chacune expliquée d'un commentaire très érudit, le long de pages candides et travaillées.

En tête de l'ouvrage, deux dessins symboliques ; la légende manque, mais on la devine.

« Consultez le médecin et vous guérirez » est le sens de la première.

« Ne consultez pas le médecin et vous serez en proie aux affres de la mort » signifie la seconde.

Très ingénieusement, l'artiste a dégagé de ses illustrations l'esprit qu'elles enferment.

Voici donc un cabinet de consultation au siècle de Louis XIV : dominant deux fenêtres larges et nues qui s'ouvrent sur des faîtes de peupliers et un grand morceau de ciel mamelonné d'un nuage blanc, sont pendus aux murs des tableaux suggestifs : fœtus ramassé en boule, jeune femme à la joue déformée par une tumeur parotidienne, paysan affligé d'un papillome monstrueux qui descend du front, couvre l'œil et s'évase en battant de cloche sur la face. Un squelette se dresse au-dessus d'une armoire dont la vitrine laisse apercevoir des instruments de chirurgie : forceps, tenailles, sécateurs. Des in-folio reliés en peau de truie et à fermoirs couvrent les deux rayons d'une bibliothèque devant laquelle est assis, en perruque majestueuse et plume d'oie à la main, le maître du lieu. Sur la table garnie d'un tapis, un sablier de un pied de haut.

Brusquement un roquet s'échappe de dessous cette table et jappe avec rage. Entrent les consultants : goitreux, béquillard, cul-de-jatte; ils sont trois, assez malpropres d'aspect, mais braves gens quand même. Ils viennent faire changer les bandelettes qui leur entortillent bras et jambes. Leur guérison est assurée. L'éloquence du logis et l'aspect sévère du praticien qui relève la tête en font foi.

Le deuxième dessin nous apprend à quelles éventualités s'expose le malade têtu : celui qui ne veut pas de bandelettes aux jambes. Il est couché dans un lit en désordre, écartant avec terreur l'apparition sinistre ; le diable, torche au poing, un serpent autour du bras et dans la chevelure, des vipères dardant des jets de flamme; derrière le diable, la mort avec sa faux, et, comme fond au tableau, un paysage de cimetière : des cyprès, des tombes.

Une suprême ressource reste au malheureux crispé d'horreur. Un plat bassin s'appuie à une chaise percée; le pot de chambre est à côté. Les deux vases sont vides. Un médecin se chargera de les emplir. Qu'on l'appelle ! Le secours de la purgation salutaire, casse et séné, fera s'évanouir la vision maudite ; et, sur le malade à l'intestin débarrassé, les rêves suaves tomberont en pluie de roses.

II

Stalpart van der Wiel, homme résolu, eût dédaigné de s'en tenir à la thérapeutique évacuante. Quand on porte un nom comme le sien qui sonne en fanfare aux oreilles du client, on brandit un instrument plus martial que la seringue de l'apothicaire.

On ouvre des crânes et l'on trépane. Vingt-sept trépanations, s'il vous plaît, sur un malade qui guérit. Un autre se voit trépaner le sternum, un coup d'épée avait provoqué le mal; l'intervention chirurgicale donne issue à une collection purulente du médiastin ; guérison comme dans le cas précédent. Même succès dans les blessures des intestins. Les matières fécales sortent par une plaie du côlon ; impossible de pratiquer la suture. Van der Wiel débride les angles de la plaie et y adapte une canule en plomb qui fait office d'anus artificiel.

La sollicitude de notre homme ne s'arrête pas à l'extrémité inférieure du tube digestif. Après l'intestin, la bouche. Le docteur se brossait-il les ongles ? Il faut l'espérer.

Car il introduisait ses doigts dans la bouche des jolies Hollandaises. L'une d'elles se plaignait d'une grosseur développée sur la gencive, au niveau des grosses molaires ; c'était une tumeur cartilagineuse. Van der Wiel la lia avec un fil de fer qu'il ressserra chaque jour jusqu'à chute du néoplasme.

Mais que de tracas pour la grenouillette ! On ouvre, ça se remplit indéfiniment. Pour guérir ces kystes, il faut les bourrer de substances styptiques et dessiccatives. Ainsi : écorces de grenades pulvérisées, hysope pulvérisé, sel commun pulvérisé, de chaque une drachme à introduire fréquemment sous la langue. L'action de la poudre sera aidée par celle des gargarismes : alun avec décoctions de grenade ou de noix de galle.

Stalpart van der Wiel, homme universel, ne se cantonne pas dans la chirurgie; il guérit autrement encore que par le trépan, les ligatures et le bistouri. Une jeune fille, suite de variole, présente une procidence de l'œil : des cataplasmes de mie de pain cuite avec du lait remettent les choses en place; l'activité du cataplasme avait été renforcée par l'adjonction d'huile rosat, de poudre de safran et de camphre. Voici une recette de pilules contre les paralysies des muscles de l'œil : extrait catholicum, un scrupule; mercure doux, 5 grains ; huile cinnamome, une goutte, pour 5 pilules. Remède souverain dans les paralysies oculaires d'origine syphilitique; on comprend de même, en pareil cas, l'utilité des diurétiques, salsepareille, gaïac, sassafras. L'action des collyres devait se montrer moins manifeste : eau de fenouil, trois onces; esprit de sel ammoniac, trente gouttes; camphre, cinq grains.

Et puis, les malades ne guérissaient pas toujours. Dans la convalescence d'une affection fébrile, un jeune homme se mit à uriner du lait, une sorte de chylurie sans doute. La mort survint, rapide. Un pauvre diable, de son vivant, réclama son autopsie; elle ne tarda pas : on trouva un cœur un peu hypertrophié, complètement adhérent au péricarde.

Heureusement qu'il est d'autres secours que la pharmacie. Là où les drogues sont impuissantes, la musique est souveraine; elle fait plus que guérir, elle prévient le mal : ainsi, les piqûres de la tarentule. On les évite à l'aide d'un moyen très simple.

Il faut se promener à deux par la campagne; un costume Louis XIV est de rigueur, du moins tel l'exige le dessin qui illustre le texte. Vous avez un flageolet, votre compagnon un tambourin. Aux endroits où les tarentules pullulent, halte ! battez la mesure. Aux premiers rythmes, vous verrez cette chose extraordinaire : une tarentule qui descend de son arbre et reste suspendue en l'air, à égale distance des deux musiciens; d'autres tarentules qui accourent sur le sol, en toute hâte; et la tarentule suspendue en l'air se met à tourner autour de son fil; les tarentules du sol s'agitent, se dressent et esquissent un pas

de danse. Le poison qu'inocule leur piqûre agit sur elles-mêmes : elles se tordent en convulsions éperdues et les musiciens n'ont qu'à lever le pied pour en faire, sans danger, un massacre épouvantable.

Dernier conseil de Stalpart van der Wiel. Il s'adresse aux jeunes filles, celui-là. Vierges qui aspirez au mariage, n'épousez jamais d'homme mal élevé ; vos grossesses risqueraient de se terminer par la mise au monde d'un petit chien. C'est le malheur qui affligea vivement madame Elisabeth Tomboy, dans la bonne ville de La Haye, le 21 septembre 1677. Son mari rude, brutal, ivrogne, dans ses rapports intimes avec sa femme, ne procédait pas correctement. Ce n'était pas un gentleman, tant s'en faut. Il imitait, ce mari bestial, la manière d'opérer de la race canine. Combien inconvenante cette manière ! Menacée d'être battue si elle ne se laissait faire, la malheureuse femme, écrasée sur son ventre, pleurait toutes les larmes de son corps d'avoir à subir l'inqualifiable outrage. Elle n'était pas une chienne pourtant, et de se répéter qu'elle ne l'était pas la fit accoucher d'un petit chien à quatre pattes avec une queue et sans poils.

Et cette histoire n'a rien d'étonnant. On sait très bien que des souris, des serpents, des oiseaux et toutes sortes de quadrupèdes palmés sont nés de la femme.

Il suffit que son imagination soit obsédée par le souvenir d'un animal pour que la femme grosse accouche justement de celui-là.

III

Le rire, moyen violent d'expression, n'éclate que sous le coup d'une secousse morale vive qui porte à la gaieté; or, rien d'amusant comme le contraste. L'imprévu donne le choc, le contraste provoque le rire. L'avare qui devient prodigue, le dupeur qui est dupé, l'homme grave qui s'étale sur la chaussée, autant de motifs au rire.

Viser à l'esprit et lâcher des sottises est le propre du grotesque ; c'est pourquoi le ridicule atteint si aisément les hommes de science, forts du bagage acquis et raisonneurs obstinés. Ils ne s'aperçoivent pas de ce qu'ils ignorent et, discourant comme s'ils connaissaient tout, commettent des bévues dont la lourdeur s'accuse avec le progrès qui fait entrer en ligne de compte des éléments que le raisonnement antérieur à ce progrès ne soupçonnait pas. Les hommes de l'esprit scientifique le plus considéré à leur époque sont aussi ceux d'où émane le germe du grotesque le plus véhément. La conviction où ils sont de ne pas se tromper projette l'erreur en un rayonnement d'autant plus éblouissant : le moindre de leurs faux pas est signalé aux lueurs d'un feu de Bengale. Ces faux pas, les contemporains ne les voyaient pas. Les hommes de science marchaient comme eux; quand chacun marche de même, tout le monde croit marcher droit. Les gens dont nous nous moquons sont ceux dont les contemporains se moquaient le moins.

Les seules œuvres qui résistent au ridicule sont celles dont l'apparition avait soulevé les protestations les plus tapageuses. Car les auteurs de ces œuvres-là ne respiraient pas les idées épandues dans l'atmosphère ambiante; leur travail ardent leur suggérait des interprétations originales. En même temps ils demeuraient modestes. Voir de haut montre qu'on ne voit pas tout. Leur horizon était plus vaste, leurs prétentions moindres. Voilà pourquoi leur lecture nous laisse graves.

OBSERVATION MÉDICALE

A propos de l'herpès névralgique.

La très savante et très curieuse étude de M. le docteur Fournier me rappelle un cas d'herpès névralgique que j'ai eu l'occasion d'observer et dont l'évolution et surtout le traitement original, imaginé par le patient lui-même, me paraissent dignes d'une mention spéciale.

Il s'agit, comme toujours, d'un de ces orages neuropathiques en discordance complète avec la lésion insignifiante qui lui donne naissance.

Voici d'ailleurs l'observation :

M. X., âgé maintenant d'une cinquantaine d'années, est sujet, depuis l'âge de 26 ou 27 ans, à des névralgies sciatiques dont quelques-unes d'une violence extrême. D'ailleurs, aucune tare diathésique.

C'est au milieu de la santé la plus complète, et presque toujours brusquement, qu'éclatait la crise. Aucune fixité ni dans le siège, ni dans le caractère, ni dans l'étendue de la douleur. Tantôt c'était tout le membre inférieur gauche, tantôt le droit, le plus souvent un point seul qui étaient touchés; c'était alors au milieu d'un mollet ou sur la région post-trochantérienne, parfois, mais rarement, à la partie antérieure d'une cuisse, une surface de l'étendue d'une pièce de cinq francs qui s'hyperesthésiait. Mais quel qu'en fût le siège, la douleur empruntait tous les caractères connus des névralgies : tour à tour lancinante, brûlante ou térébrante ou pinçante, etc.

Et cela durait une nuit, ou vingt-quatre heures, quelquefois deux ou trois jours, puis la souffrance s'apaisait graduellement, et tout rentrait dans l'ordre.

Aucune régularité non plus dans le retour des accès, qui pouvaient apparaître pendant plusieurs semaines consécutives, puis disparaître pour plusieurs mois ou une année.

Consulté souvent pour ces malaises passagers, j'en avais reconnu la nature herpétique, à ce fait que, toujours, à la suite de ces crises, mon malade constatait, soit à la marge de l'anus, soit dans les environs immédiats, une petite plaque d'herpès, constituée souvent par un houquet de deux ou trois vésicules. Aucun traitement ne l'avait jamais soulagé, sauf, pendant l'acmé de la crise, une injection de morphine, puis, plus tard, une saison à Bagnères-de-Bigorre, qui lui donna deux ou trois années de répit. C'est en 1886 que se fit cette cure et c'est un peu avant le départ de mon client que je pus assister à l'exécution du singulier traitement qu'il me reste maintenant à décrire.

A cette époque-là, M. X... eut une série vraiment cruelle. Tous les huit jours au plus, il était pris de douleurs si violentes qu'elles l'obligeaient à garder le lit. Et comme la morphine, tout en le calmant, le rendait fort malade, il ne se décidait à la piqûre qu'à la dernière extrémité. Je lui proposai, alors, une injection avec un mélange de morphine, de cocaïne et d'atropine et lui fis promettre, à la première crise violente, de me faire appeler.

Une après-midi de juillet, par une chaleur tropicale, j'entends une voiture lancée au grand trot s'arrêter brusquement devant ma porte ; violent coup de sonnette, puis un domestique, entrant en coup de vent, m'apporte ce petit billet :

« Mon cher docteur,

» Je souffre comme un damné ; montez dans ma voiture et » venez vite m'injecter la drogue dont vous m'avez parlé l'autre » jour... »

Dix minutes après, je pénétrais dans la maison de M. X..., mais quelle ne fut pas ma stupéfaction d'entendre les sons d'un violon venant de la chambre où je supposais devoir se tordre mon névralgique.

La porte étant ouverte, j'entre.... Non, jamais je n'oublierai le spectacle dont je fus alors le témoin.

Dans la pénombre du lit, le dos appuyé à des coussins, M. X. jouait sur son violon je ne sais plus quelle fantaisie.

Il faut croire que mon visage exprima dans ce moment une impression bien singulière, car, sans s'arrêter de jouer, notez bien, mon client me dit : « Ne vous fâchez pas, mon pauvre docteur, préparez votre seringue, et quand vous m'aurez piqué, je vous expliquerai l'affaire, mais commencez par me soulager. » Tout en riant moi-même, je fis ce que me demandait mon malade, qui était en même temps l'un de mes meilleurs amis et que je savais très original, et voici ce qu'il me conta :

« C'est tout à fait par hasard, il y a une quinzaine de jours, que j'ai découvert l'influence heureuse de la musique sur ma douleur. J'avais une petite crise, pas assez forte pour m'obliger à me faire une piqûre, mais assez douloureuse pour m'empêcher de marcher ou même de travailler. Je pris alors mon violon pour me distraire, et à peine en avais-je tiré quelques sons, que la douleur de ma jambe disparaissait. Je pose l'instrument, la douleur revient; je le reprends, calme complet, si bien que je jouai ainsi toute l'après-midi. Le soir j'étais guéri. Deux jours après, nouvelle crise. J'attends qu'elle soit bien établie et en pleine douleur, je saisis mon violon, je joue n'importe quoi, en moins de deux minutes j'étais encore soulagé. Seulement, cette fois-ci il me fallut avoir recours à la morphine pendant la nuit. Si je ne vous ai pas parlé de cela, c'est que je n'y attachais pas grande importance, et, d'ailleurs, je comptais surtout sur la nouvelle drogue dont vous m'avez parlé. »

— Et tout à l'heure, lui dis-je?

— Eh! bien, j'ai commencé à souffrir ce matin à dix heures; j'ai attendu, j'ai déjeuné, puis les douleurs sont devenues tellement atroces que je vous ai envoyé chercher.

— Et, malgré leur violence, les douleurs ont-elles été encore calmées aujourd'hui par le violon ?

— Parfaitement; quand vous êtes entré je ne souffrais pas du tout, et si je ne me suis pas interrompu de jouer, c'est que je savais bien qu'elles n'étaient que momentanément engourdies.

— Combien de temps dure le calme que vous vous procurez ainsi?

— Exactement celui pendant lequel je joue; et, notez, cher docteur, qu'il n'y a pas là l'ombre d'une auto-suggestion. Il n'est pas nécessaire, pour obtenir le calme de mes douleurs, que je sois empoigné par le charme d'une mélodie préférée ou emballé dans le feu d'une exécution difficile; non, il me suffit de jouer une étude, des gammes, n'importe quoi; pourvu que, mon instrument sous le menton, j'en tire des sons avec l'archet, la douleur, si vive soit-elle, disparaît presque instantanément pour ne reparaître qu'au moment précis, ou, pour mieux dire, quelques secondes ou minutes après que j'ai cessé de jouer.

J'ai conservé à ce récit la forme dialoguée et telle que je l'avais transcrite au moment même où je fis cette curieuse constatation. L'observation en garde une certaine teinte de pittoresque qui ne détonne pas ici, bien qu'au fond le sujet touche à un gros problème scientifique. Cette observation, ou, si l'on aime mieux, cette cure momentanée, a été, en effet, vingt fois répétée depuis dix ans et toujours avec le même succès.

Quelle explication pourrait-on donner de cette singulière action inhibitoire ?

Le malade spécifiant lui-même qu'il ne peut être question de suggestion, nous devons écarter l'idée d'une inhibition générale venant des centres psychiques. Ce n'est pas la musique, en tant que musique, qui le calme. Il n'y a donc aucune analogie entre ce fait et celui si souvent cité de Pascal calmant — oubliant — une rage de dents pendant la solution d'un problème compliqué.

Il me semble que l'on pourrait admettre ici l'action d'un ébranlement purement mécanique, produit par les vibrations du violon sur les nerfs de la région scapulaire, cervicale et céphalique, tous organes situés anatomiquement loin du sciatique douloureux, et par là une modification dans le dynamisme de ce nerf ou de ses branches. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui a été noté, dans cette même sciatique, par la cautérisation ignée du lobule de l'oreille.

Quoi qu'il en soit, l'observation valait la peine d'être notée.

Dr A. Corivaud.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin. — Présidence de M. Monod.

M. Monod, à propos de la lecture du procès-verbal de la dernière séance, remet une observation déjà ancienne du phlegmon ligneux du cou.

De la cholédocotomie.

Discussion à propos du rapport lu par M. Michaux à la séance du 20 mai 1896 (Voir Gazette Médicale, *n° 21, 1896).*

M. Gérard-Marchand. — La cholédocotomie est une opération aujourd'hui parfaitement définie et réglée. Mais, ce qui l'est moins, et c'est là le point que je désire mettre en lumière, c'est le diagnostic des calculs du cholédoque pour l'ablation desquels on fait cette opération. A ce sujet, permettez-moi de vous résumer cinq observations de cholédocotomie que j'ai faites pour des cas de calculs réels ou supposés du cholédoque.

Ma première observation date de cinq ans. C'est celle d'une femme, âgée de 36 ans, ayant eu des coliques hépatiques avec ictère depuis 18 mois. Au moment où je la vis, les coliques avaient pris le caractère subintrant. Un séjour à Vichy n'ayant pas amené d'amélioration, je me crus autorisé à faire la laparotomie. Mais lorsque le péritoine fut ouvert je fus très embarrassé. Il n'y avait point de vésicule biliaire, mais une série de vacuoles perdues au milieu d'adhérences duodéno-côliques. Il me fut impossible de découvrir le moindre calcul dans le cholédoque et je me contentai d'aboucher l'une des vacuoles à la peau. Par cet abouchement est sorti, quelque temps après, un calcul.

Dans les deux faits suivants, je n'ai également pas vu de calcul. Il s'agit d'abord d'une malade qui présente de l'ictère, de la décoloration des matières fécales, de l'insomnie, des démangeaisons vives, mais sans avoir jamais eu de colique hépatique. Je fais la laparotomie latérale, je trouve une vésicule biliaire distendue dont je retire un litre et demi de liquide par ponction. Je recherche ensuite un calcul dans le cholédoque et je n'en trouve pas. De nouveau, je pratique l'abouchement de la vésicule à la peau. Un an et demi plus tard, cette malade meurt d'ictère grave. A l'autopsie, j'ai trouvé toutes les voies biliaires perméables et très dilatées. M. Braud a examiné les pièces et m'a dit qu'il s'agissait, non d'obstruction des voies biliaires, mais d'angiocholite et de périangiocholite avec hépatite diffuse nodulaire, c'est-à-dire d'une affection indépendante de la lithiase biliaire, contrairement à ce que j'avais pensé.

Ma troisième observation est celle d'un malade atteint d'ictère chronique depuis sept mois sans colique hépatique, et présentant de plus, j'insiste sur ce point, des phénomènes fébriles. A l'examen, la vésicule biliaire me paraît énorme. J'admets l'existence d'un calcul que je localise même au col de la vésicule biliaire et je reconnais l'existence d'une angiocholite pour expliquer les poussées de fièvre concomitantes. M. Michaux venait alors de nous lire ici son travail sur la cholédocotomie et l'exploration du cholédoque (c'était en 1895) et je le priai de vouloir bien m'assister dans l'opération que je comptais faire subir à ce malade. Nous opérâmes donc, M. Michaux et moi. Il est sorti de la vésicule un demi-litre de liquide. C'est M. Michaux qui a fait l'exploration du cholédoque. Il n'a point trouvé de calcul. Cependant, en explorant la partie rétro-duodénale du cholé-

doque, M. Michaux me dit qu'il sentait là une induration, quelque chose de ligneux, pour employer son expression. Finalement, nous fîmes, là encore, une fistule biliaire externe et le malade est mort. Mais je dois dire que la mort fut causée par une faute opératoire dont la responsabilité me revient tout entière. En effet, j'ai conservé l'usage des éponges dans les opérations abdominales. Or, il arriva qu'un fragment d'éponge fut abandonné dans le péritoine de ce malade. Je dois dire que c'est là le premier accident de ce genre qui me soit arrivé.

A l'autopsie de ce malade, nous avons trouvé un cholédoque dilaté au point de permettre l'entrée du pouce. Puis, autour de l'embouchure du cholédoque, dans le tissu glandulaire du pancréas, il y avait une tumeur globuleuse comprimant le canal biliaire. En définitive, l'examen histologique fait par M. Braud a montré qu'il s'agissait, là encore, non d'une obstruction d'origine lithiasique, mais d'une sclérose du foie et du pancréas, la sclérose de cette dernière glande ayant comprimé le cholédoque.

A côté de ces trois cas négatifs où je n'ai pas pu découvrir de calculs au cours de l'opération, j'ai deux autres cas plus heureux. Chez une femme, atteinte de coliques hépatiques et d'ictère, qui m'avait été adressée par M. Talamon, j'ai trouvé, à l'examen local, un foie normal mais présentant, un peu en dehors du siège normal de la vésicule biliaire, une tumeur que je pris néanmoins pour la vésicule. J'admis donc l'existence de calculs biliaires. Or, l'opération me montra que la tumeur que j'avais prise pour la vésicule biliaire appartenait au foie lui-même. Il s'agissait là de ce segment de foie normal que l'on a déjà signalé maintes fois sous le nom d'*appendice linguiforme*. La vésicule biliaire, au contraire, était petite. Mais le cholédoque était distendu par des calculs. J'en ai retiré trente-trois. L'extraction de ces calculs a été d'une facilité surprenante. J'ai opéré suivant le procédé qui est indiqué dans la thèse de Jourdan. J'ai pu prendre le cholédoque sous la main et faire pour ainsi dire le curage de sa portion profonde. En fin de compte, j'ai suturé le canal comme on suture l'intestin. L'opération a réussi parfaitement.

Dans le cas suivant, je n'ai pas été aussi heureux. Il s'agit d'un homme de 50 ans qui présentait des attaques de coliques hépatiques depuis l'âge de 30 ans. J'ai trouvé chez cet homme la disposition que j'avais vue chez le précédent malade, c'est-à-dire un appendice linguiforme du foie qui fut encore pris par moi pour une vésicule biliaire. J'ai fait la laparotomie latérale, mais l'opération a présenté plus de difficultés que précédemment. Le cholédoque était situé à une grande profondeur, le foie d'autre part descendait très bas; bref, en mettant cependant le doigt dans l'hiatus de Winslow, j'ai pu faire refluer un calcul jusqu'à la portion tangible du cholédoque. Mais la paroi du cholédoque était d'une extraordinaire friabilité; derrière le calcul est sorti une coulée de pus, et quand j'ai voulu suturer le canal, je n'ai pas pu y réussir. J'ai dû alors me limiter à un drainage soigné de la cavité abdominale. J'ai drainé du côté des intestins; j'ai drainé du foie. Néanmoins, mon malade est mort trois jours après. Mon interne m'a dit qu'il n'avait pas trouvé la cause de la mort en faisant l'autopsie de ce malade. Il a cependant ajouté qu'il y avait, en un point du péritoine, des adhérences avec une coulée de liquide douteux. Pour moi, il n'y a pas de doute, mon malade est mort de septicémie et il a été infecté par ses voies biliaires.

Voici donc, en résumé, mes conclusions :

a) J'ai tenu, dans cette communication, à faire ressortir les difficultés du diagnostic des calculs du cholédoque et à montrer que les deux faits suivants : *absence de colique hépatique* et *existence d'une vésicule perceptible à l'examen*, doivent nous rendre très réservés sur l'existence de ces calculs. Il semble, en effet, et cela ressort des observations rapportées dans la thèse de Jourdan, que la vésicule biliaire soit atrophiée d'une façon constante quand ces calculs existent.

b) J'ai voulu montrer ensuite que la présence d'un appendice linguiforme du foie, si facile à confondre avec une vésicule biliaire, mais qu'il est cependant possible de reconnaître, pouvait servir d'élément de diagnostic par cela même que la vésicule, elle, doit être atrophiée et non dilatée quand il existe des calculs dans le cholédoque.

c) J'ai voulu montrer, enfin, et sur ce point je suis entièrement de l'avis de M. Quénu, qu'une infection biliaire concomitante, révélée par les symptômes fébriles que présente le malade, devrait nous conduire à faire la cholédocotomie en deux temps, de façon à créer d'abord des adhérences protectrices de la grande cavité péritonéale avant d'aller ouvrir le cholédoque infecté. C'est cette conduite que j'aurais dû suivre dans ma dernière opération.

Fibrôme récidivant du lobule de l'oreille d'origine traumatique.

M. Picqué lit un rapport sur un travail portant ce titre envoyé par **M. Audoin** (d'Haïti).

M. Audoin a enlevé chez une négresse une tumeur du lobule de l'oreille dont M. Pilliet a fait l'examen histologique et qu'il a classée parmi les fibrômes purs.

Ces tumeurs prennent d'habitude naissance autour du conduit créé dans le lobule de l'oreille pour le passage des anneaux. Le conduit occupe, dans la tumeur, une situation variable. Il est tantôt au centre, tantôt à la périphérie de la tumeur. Cette tumeur se développe lentement. Le plus généralement les lobules de l'oreille sont semblablement atteints. Le volume de la tumeur est aussi variable. Sa consistance est dure, la peau est amincie et glisse difficilement à leur niveau. La tumeur est indolente et ne devient gênante que par le volume et le poids qu'elle peut acquérir. La race nègre serait prédisposée, dit M. Audoin, à ces tumeurs fibreuses, et l'action du traumatisme dans leur formation serait indéniable.

La question de l'influence du traumatisme dans la production des fibrômes n'est pas démontrée, d'une façon générale; quelque indéniable qu'elle ait semblé être dans le cas de M. Audoin. M. Quénu, dans son article remarquable du *Traité de chirurgie* sur les tumeurs, n'a même pas signalé le traumatisme dans l'étiologie des fibrômes. Cette influence du traumatisme semble être plus certaine pour les sarcômes, et M. Gross, dans une statistique, a relevé 63 fois le traumatisme sur 140 cas.

M. Audoin dit que les fibrômes de l'oreille récidivent avec une fréquence extrême. Il cite maints exemples de ce fait, entre autres, celui d'une femme noire de 23 ans qu'il a opérée d'un fibrôme de l'oreille et qui lui a dit qu'on lui avait enlevé, autrefois, une tumeur semblable. M. Audoin a fait, chez elle, une opération large de façon à éviter la reproduction de la tumeur. Mais cette tumeur s'est néanmoins reproduite dix mois plus tard.

Nous devons, toutefois, n'admettre qu'avec réserve la récidive des fibrômes. Mais ces tumeurs peuvent se transformer en sarcôme, comme dit M. Quénu. Enfin, M. Audouin se propose d'enlever à son malade la tumeur récidive. Un examen de la tumeur sera fait par M. Pilliet et communiqué à la Société de Chirurgie.

M. Routier. — J'ai opéré deux malades dans les conditions de M. Audouin. Les tumeurs que j'ai enlevées étaient non des fibrômes, mais des chéloïdes. J'avais, pour ma part, fait ce diagnostic qui a été vérifié, une fois, par l'examen histologique. Chez une de mes malades il n'y a pas eu de récidives. Chez l'autre la suture est devenue chéloïdienne. Mais je n'ai pas revu, depuis, cette dernière malade.

Il me semble donc qu'il faudrait changer l'étiquette de l'observation présentée par M. Audoin.

Il faudrait dire chéloïdes et non fibrômes et, alors, il n'y aurait pas lieu de s'étonner des récidives qui se sont produites.

M. Delorme. — La malade opérée avec succès par M. Routier éprouvait-elle de la douleur? J'ai en effet conseillé, en l'absence de douleur, de traiter les chéloïdes par la compression, avant d'avoir recours à l'ablation. Cette méthode m'a donné des succès.

M. Routier. — Ma malade avait essayé de comprimer ses chéloïdes, mais elle supportait mal cette compression.

M. Michaux. — J'ai vu autrefois, quand j'étais l'interne de Gosselin, des chéloïdes énormes de l'oreille. A leur niveau, la peau était confondue avec le tissu. Il y avait même une adhérence particulière de la peau qui était ridée. J'ai vu, depuis, à l'hospice d'Ivry, des chéloïdes de volume plus petit et cimentées à une seule oreille.

Le traitement de ces chéloïdes présente certaines difficultés. Les scarifications des chéloïdes, avec application de collodion iodoformé, ont paru donner parfois de bons résultats. Peut-être l'application de pointes de feu donnerait-elle des succès? Quant à la récidive de ces tumeurs, elle serait en rapport, comme dit M. Routier, avec leur nature chéloïdienne.

M. Reclus. — A propos de ce que vient de dire M. Delorme, je crois qu'il serait bon de s'entendre sur le mot compression. Si par compression M. Delorme veut dire simple application de bandelettes de diachylon, c'est là un traitement illusoire. Mais s'il veut parler de compression violente, de malaxation de la chéloïde, je puis lui dire que j'ai fait, une fois, cette malaxation avec des tenailles recouvertes de caoutchouc et que le résultat a été complètement nul, sans aggravation ni amélioration. Je recherche actuellement ce même malade pour tenter sur lui l'action du sérum.

M. Kirmisson. — Je veux faire remarquer à M. Picqué que les faits de fibrômes de l'oreille ne sont pas nouveaux. A M. Routier je dirai qu'il établit une confusion entre les fibrômes et les chéloïdes. J'ai opéré, pour ma part, autrefois, un malade d'un fibrôme sous-cutané de l'oreille. Il importe donc de bien distinguer ces deux ordres de faits. Quant à la récidive de ces fibrômes, elle mérite d'être prise en considération et, comme dit M. Quénu, nous savons très bien que du fibrôme au sarcôme il existe une série ininterrompue de types anatomiques intermédiaires.

M. Lucas-Championnière. — Ces fibrômes du pavillon de l'oreille existent mais les exemples rapportés par M. Picqué sont des chéloïdes. Parce que la tumeur est disséquable il ne faut pas en conclure que ce ne peût être une chéloïde. J'ai opéré de nombreuses chéloïdes. J'ai vu un malade rester dix-huit mois sans récidive. J'ai vu, d'autre part, un enfant que j'ai opéré deux fois successivement et qui, après la seconde opération, est resté quatorze mois sans récidive. J'insiste sur ces faits. Il est certain que quelque peu brillant que soit le résultat éloigné, il faut opérer tôt ou tard les chéloïdes. Or, pour l'opération, je me défie de la malaxation; je me défie aussi des scarifications employées autrefois par Vidal. C'est donc au histouri qu'il faut avoir recours. Or, j'ai fait, sur les opérations de chéloïdes avec le histouri, les constatations suivantes : j'ai remarqué que les récidives de la tumeur chéloïdienne allaient en s'affaiblissant. Et je suis dans ce moment une jeune fille ainsi opérée plusieurs fois et chez qui la récidive paraît se faire de plus en plus lentement. Ce n'est d'ailleurs pas là un fait nouveau. Il y a plus de trente ans que Nélaton père a signalé des faits de ce genre.

La conclusion à tirer de tout ceci, en définitive, c'est qu'il ne faut pas craindre d'opérer les chéloïdes, tant qu'elles se reproduisent, puisque les faits semblent démontrer que ces tumeurs sont destinées à disparaître d'elles-mêmes après plusieurs récidives de moins en moins volumineuses. C'est là, en quelque sorte, une chirurgie d'accommodement; mais elle a son utilité.

M. Poirier. — Il me semble que l'on doit tenir compte, dans cette question des chéloïdes, de l'âge et de la constitution des sujets et des conditions dans lesquelles ont pu se produire ces tumeurs. J'ai vu un cas de chéloïde cicatricielle chez une enfant de sept ans. Elle siégeait sur un lobule d'oreille qui avait suppuré après la perforation. J'ai enlevé cette chéloïde. Deux ans après, il s'était reproduit une chéloïde cicatricielle verticale au même endroit. Deux ans plus tard, enfin, j'ai encore revu l'enfant. Cette fois-ci, la chéloïde était en décroissance manifeste et elle va probablement disparaître seule. Mais il faut savoir que cette enfant, dans l'intervalle, avait été conduite aux bains de mer, qu'elle avait pris de l'huile de foie de morue et que son état général s'était considérablement modifié et amélioré.

M. Félizet. — Il y a deux choses dans cette discussion. On a d'abord parlé des accidents de cicatrisation répondant à des traumatismes plus ou moins violents, tels que percements d'oreilles. Et à ce point de vue, n'a pas de chéloïde cicatricielle qui veut, mais il faut tenir compte ici des dispositions individuelles. On a parlé ensuite de chéloïdes qui sont de véritables néoplasies, formées d'un tissu particulier, quelquefois mal limitées, pouvant envahir tout le lobule, les tissus sous-jacents et aller jusqu'au cartilage. En pareil cas, la chéloïde n'est pas unique; mais on trouve des tumeurs semblables en différentes régions, devant le sternum, sur la ligne médiane postérieure.

Fait important, tandis que les cicatrices chéloïdiennes sont le propre des enfants scrofuleux, les chéloïdes néoplasiques appartiennent aux enfants arthritiques. Cela est tellement vrai qu'on en retrouve la preuve dans l'influence du traitement. En effet, les chéloïdes cicatricielles, je ne les ai pas traitées, mais les chéloïdes néoplasiques cèdent à un traitement général : iodure de potassium, arsenic, bains sulfureux, c'est-à-dire le traitement de l'arthritisme.

M. Delorme. — Je rappelle que le traitement par la compression, dont j'ai parlé tout à l'heure, consiste tout simplement à comprimer la chéloïde entre le pouce et l'index.

M. Picqué. — Il y a bien, à la vérité, deux ordres de faits à distinguer : les chéloïdes et les fibrômes. Il est évident, d'autre part, que si les faits rapportés par M. Audoin sont des chéloïdes, tout ce que M. Audoin a dit, et tout ce que j'ai dit moi-même à leur sujet, n'a plus de valeur.

Enfin, je tiens à conserver à ces tumeurs l'étiquette de fibrôme, et j'y tiens parce que les examens faits par M. Pilliot parlent dans ce sens.

M. Lucas-Championnière. — Si l'on veut discuter sur les origines de la chéloïde, il faut dire qu'un bouton d'acné insignifiant peut lui donner naissance. Il y a, en effet, deux sortes de chéloïdes : les unes sont les chéloïdes dites spontanées, les autres des chéloïdes cicatricielles ; elles sont souvent fort difficiles à distinguer l'une de l'autre.

Les premières n'adhèrent pas à la peau ou bien y adhèrent peu. Et, cependant, elles ont leur origine dans les éléments de la peau, mais dans une lésion insignifiante.

M. Félizet. — C'est dans les glandes sébacées que la tumeur prend naissance.

M. Lucas-Championnière. — Et, plus tard, elle prend son développement vers la profondeur, elle affecte les allures d'une tumeur sous-cutanée et il se peut même qu'elle s'isole complètement, comme un fibrôme.

En définitive, disent les dermatologistes, les chéloïdes prennent toujours naissance dans une cicatrice, que celle-ci ait une origine inflammatoire ou traumatique.

Ankylose angulaire du genou opérée avec succès.

M. Picqué. — J'ai à vous lire un court rapport sur une simple observation d'ankylose angulaire du genou, opérée avec succès par **M. William Binand**, professeur agrégé à la faculté de médecine de Bordeaux. En deux mots, voici l'observation :

femme de 25 ans, ayant présenté une attaque de rhumatisme articulaire aigu, suivie d'ankylose. Le pied est en rotation externe. la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse. L'extrémité inférieure du tibia est en subluxation postérieure. Tous les mouvements sont impossibles.

M. Binaud est intervenu, par les procédés ordinaires, pour rectifier l'ankylose, et mettre la jambe dans la rectitude. La rotule a été divisée en deux fragments. Puis, l'angle de coin étant déterminé, la rectitude a été facilement obtenue. Enfin, et c'est là le trait principal de l'observation, M. Binaud a suturé les deux fragments de la rotule l'un à l'autre avec des fils d'argent. La guérison a été rapide et elle s'est maintenue.

Voilà un succès de plus à mettre sur le compte des résections du genou. Je n'insisterai que sur un fait : le mode de suture adopté par M. Binaud, conservation de la rotule et sutures perdues de ses deux fragments.

M. Picqué propose d'envoyer des félicitations à M. Binaud et de déposer son observation dans les archives de la Société.

M. Félizet. — Les conclusions de M. Picqué ne me semblent point acceptables, et l'observation de M. Binaud ne mérite pas les félicitations qu'on lui propose. C'est un fait de chirurgie journalière, et je trouve abusif que la Société s'attarde à juger des travaux aussi vulgaires.

M. Monod. — S'il n'est pas d'une grande originalité. le fait de M. Binaud mérite cependant qu'on l'examine. C'est un fait pratique que nous avons le devoir de classer au milieu de tant d'autres et qui fait honneur au jeune chirurgien qui nous l'a envoyé.

M. Picqué. — Je ne partage pas davantage l'opinion émise par M. Félizet. La Société a le devoir d'examiner les travaux des jeunes et de les encourager ; or, M. Pinaud est un jeune. Nommé professeur au concours de l'internat de Paris, actuellement professeur agrégé à Bordeaux et chirurgien des hôpitaux de cette ville, il nous a envoyé son travail alors qu'il n'était que chef de clinique chirurgicale. C'est un travail qui porte sur un sujet commun, soit. Mais c'est un travail d'essai. Plus tard, nous serons plus sévères pour M. Binaud dont l'expérience et la pratique auront pris de l'extension.

M. Peraire présente deux photographies de corps étrangers de la main, obtenues par rayons Roentgen.

Traitement du rhumatisme blennorrhagique.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Delorme. — En octobre 1895, il m'est venu un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique et dont un chirurgien éminent des hôpitaux de Paris avait, de parti pris, recherché l'ankylose complète du genou dans la rectitude.

Je me suis attelé à ce malade, je lui ai fait dix-huit séances de mobilisation et j'ai eu la satisfaction, après quatre mois de ce traitement, de voir mon malade accomplir, tout seul, les mouvements d'extension et de flexion aussi prononcés avec le genou malade qu'avec le genou sain. J'ai obtenu déjà un résultat analogue, l'an passé, pour un poignet atteint de rhumatisme blennorrhagique.

On a donc tort de dire, dans les livres, que le *rhumatisme blennorrhagique conduit le plus habituellement à l'ankylose*.

Mon avis est qu'on abandonne trop tôt ces malades et que l'on doit, soi-même, veiller avec confiance à mobiliser leur jointure. Il va sans dire que je me suis assuré, auparavant, chez mon malade, de l'intégrité de ses muscles extenseurs. Si ses muscles avaient été atrophiés, je n'aurais pas tenté une mobilisation qui aurait pu me conduire à une ankylose dans une position défavorable.

M. Félizet. — Le résultat obtenu par M. Delorme n'aura rien d'extraordinaire si l'on songe que l'arthrite blennorrhahique consiste, le plus souvent, en périarthrite.

M. Monod. — Je ne suis pas de l'avis de M. Félizet. Le rhumatisme blennorrhagique consiste non en périarthrite, mais en arthrite véritable. Nous en avons les preuves évidentes quand nous faisons l'arthrotomie en pareil cas.

Comme M. Delorme, je suis d'avis que les auteurs classiques ont tort de dire que l'arthrite blennorrhagique aiguë est le plus habituellement enkylosante.

M. Lucas-Championnière. — J'admire le résultat obtenu par M. Delorme, mais je doute que ce soient là les résultats habituels de la méthode qu'il conseille. Habituellement, nous avons affaire à des malades que l'on ne peut mobiliser et qui sont malades depuis longtemps.

M. Kirmissnn. — Il y a des malades atteints de rhumatisme blennorrhagique qui souffrent beaucoup. Plus on les mobilise, plus ils s'enkylosent. C'est pour cela que Verneuil disait qu'il fallait les laisser tranquilles. Aussi demanderai-je à M. Delorme quel était l'état du malade au moment où il a commencé à le mobiliser.

M. Michaux. — Depuis que nous savons mieux soigner les arthrites blennorrhagiques par le repos, les appareils plâtrés, les arthrotomies précoces, nous voyons peu de ces arthrites rester ankylosantes. Pour ma part, j'hésiterais beaucoup à faire la mobilisation brusque que conseille M. Delorme.

M. Monod. — J'ai souvenir d'un cas d'arthrite blennorrhagique ankylosante où la mobilisation donna la guérison. Je me rappelle aussi trois cas d'arthrite blennorrhagique qui furent traitées par l'arthrotomie et guérirent parfaitement.

M. Delorme. — Je répondrai à M. Félizet que le rhumatisme donne de l'arthrite avec épaississement de la synoviale et non de la périarthrite.

A M. Kirmisson, je dirai que mon malade ne souffrait pas quand j'ai commencé à le mobiliser. Mais il fallait que je fisse moi-même cette mobilisation, mon malade était incapable de la faire seul.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin.

De l'emphysème sous-cutané du cou chez les parturientes.

M. Nicaise lit une note sur le mécanisme de l'emphysème sous-cutané du cou, accident rare chez les parturientes.

On le voit se produire surtout chez les primipares dont l'accouchement est laborieux et fait pousser beaucoup de cris à la malade.

S'appuyant sur des recherches antérieures dans lesquelles il a étudié la physiologie de la trachée et démontré qu'elle se dilatait pendant l'expiration et se rétrécissait pendant l'inspiration, M. Nicaise admet que c'est pendant l'expiration que l'emphysème du cou se produit. La malade distend sa trachée outre mesure et celle-ci se rompt.

Cette rupture est favorisée par les cicatrices antérieures, les plaies, les inflammations.

Bien que l'emphysème ainsi produit soit peu important, il importera de le traiter en terminant au plus vite l'accouchement, ou, au besoin, en donnant du chloroforme à la parturiente. Puis on laissera la malade au repos en lui défendant de parler haut.

M. Pinard. — J'admets la rupture de la trachée mais je n'admets pas l'influence des cris. Il faut, je crois, admettre une prédisposition de certaines femmes qui rompent leur trachée plus facilement que d'autres.

M. Nicaise. — J'ai surtout voulu démontrer le rôle de la dilatation forcée de la trachée pendant l'expiration.

De la transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres.

M. Cornil lit une note de **M. Chantemesse** dans laquelle cet auteur dit avoir démontré, bactériologiquement, que les huîtres mises dans des parcs, aux bords de la mer, avant d'être livrées à la consommation, peuvent s'y contaminer sous l'influence des déjections et impuretés de toutes sortes apportées par les canaux et les rivières. Étant donnés ces faits déjà vus en Angleterre et en Amérique, il serait nécessaire qu'une réglementation fût instituée sur la consommation des huîtres.

Eclampsie puerpérale; accouchement forcé par la dilatation manuelle progressive.

M. Charpentier. — M. Robert (de Pau) nous a envoyé une observation portant ce titre. Il a mené à bien son intervention. Cependant, je ne propose pas de généraliser cette pratique. Souvent, en pareil cas, l'éclampsie se termine favorablement sans qu'il soit nécessaire de hâter l'intervention.

L'accouchement forcé, dans ces circonstances, est toujours grave et donne une mortalité de 40.74 0/0. Il ne faudra donc recourir à la dilatation forcée du col chez les éclamptiques que dans des circonstances exceptionnelles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai.

Ulcérations buccales, œdèmes, érythèmes noueux, orchites probablement d'origine hystérique.

M. Widal. — J'ai l'honneur de présentr et de demander à la Société son opinion sur un malade dont l'observation a déjà été en partie publiée par M. Morel. Cet homme a des poussées d'épididymite hystérique, coïncidant, le plus souvent, avec des œdèmes nerveux et des poussées incessantes d'érythème noueux, survenus chez le malade durant son séjour dans le service de M. Balzer. Depuis plusieurs mois que cet homme est soumis à mon observation, il a présenté quelques phénomènes nouveaux sur lesquels je crois intéressant d'attirer l'attention. En même temps que ces poussées d'érythème et d'œdème, il s'est manifesté presque tout à coup, dans notre service, des ulcérations de la muqueuse buccale, grosses comme une toute petite lentille, à bords taillés à pic, apparaissant brusquement, disparaissent souvent de même et siégeant, presque toujours, au niveau des gencives ou sur la face interne des lèvres.

A plusieurs reprises, en même temps que ces plaques d'érythème et ces ulcérations buccales, le malade a été pris, dans notre service, d'ulcérations de la verge et du scrotum ; il en présente encore actuellement. Je ne reviens pas à nouveau sur les stigmates plaidant très vraisemblablement en faveur de l'origine hystérique de ces troubles trophiques, mais j'insiste sur les ulcérations buccales comme trouble trophique hystérique, qui, à ma connaissance, n'a pas encore été signalé ; j'insiste, de plus, sur la simultanéité de ces troubles trophiques, constituant, dans leur ensemble, une véritable diathèse vaso-motrice. J'ajoute, enfin, que les orchites présentées par ce malade sont à rapprocher des phénomènes de sein hystérique et des poussées d'ovaralgie observées chez les hystériques.

M. Gilles de la Tourette. — Je prends texte de l'intéressante communication de M. Widal pour soumettre, à mon tour, à l'appréciation de mes collègues, quelques cas très particuliers que j'ai observés et qui, eux aussi, peuvent être rapportés, je pense, à des troubles trophiques viscéraux d'origine hystérique.

Le premier a trait à une jeune fille de 26 ans, hystérique confirmée, qui au cours d'une cérémonie impressionnante fut prise de vertiges et étourdissements, au point d'être obligée de se coucher dans l'appartement même où elle se trouvait. On pensa d'abord à des accidents hystériques ; mais on vit se développer une hémiplégie gauche avec hémi-anesthésie ; l'état était demi-comateux ; survint de l'incontinence d'urine par regorgement.

C'est à ce moment que je vis la malade.

Mon impression immédiate fut qu'il fallait rejeter l'hypothèse du sommeil hystérique ; je pensai à une lésion organique, car le tableau clinique était celui de l'hémorrhagie cérébrale ; 48 heures plus tard, le coma devenait de plus en plus profond et la malade succombait après avoir présenté de la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

On peut rapprocher de celle-ci l'observation suivante :

Une femme de 40 ans, grande hystérique, est prise assez subitement de manifestations consistant en une ptosis pseudo-paralytique, en des névralgies occipitales violentes, en un sommeil léger, sans fièvre. Le diagnostic fut celui de sommeil hystérique. Peu de temps après, la face se congestionna, les conjonctives devinrent œdémateuses et la mort survint.

On pensa à une suffusion séreuse cérébrale et à la réalité d'accidents nerveux de nature et d'origine hystériques. Cette opinion me parut mériter créance. Et je me demande, en effet, s'il ne peut pas exister des troubles trophiques cérébraux, œdème ou hémorrhagies, analogues aux hémorrhagies et aux œdèmes hystériques que l'on observe au niveau d'autres viscères : sein, testicules, poumons, estomac.

Je ferai remarquer, en effet, que ces deux malades, toutes deux hystériques confirmées, avaient antérieurement aux accidents qui, chez elles, ont déterminé la mort, présenté des manifestations variées de ce que j'ai proposé d'appeler la diathèse vasomotrice hystérique. La première avait eu des hémoptysies, la seconde avait eu des hématémèses, de la glycosurie intermittente qu'on peut rapprocher de l'albuminurie transitoire du malade de M. Widal, enfin, elle avait souffert de l'œdème caractéristique du sein hystérique. J'émets donc l'hypothèse qu'il peut exister du côté des centres nerveux, le cerveau en particulier, des troubles trophiques, hémorrhagies ou œdèmes, analogues à ceux qu'on observe du côté des viscères dans l'hystérie.

Puisque la réalité de l'hématémèse hystérique n'est plus aujourd'hui discutée, pas plus que celle de l'hémoptysie, des ecchymoses ou des hémorrhagies cutanées, je me demande si l'on ne pourrait pas également observer une hémorrhagie cérébrale ou un œdème du cerveau de même nature.

Les observations sont, il est vrai, peu précises, étant données les circonstances particulières où je me suis trouvé pour les recueillir ; enfin le contrôle anatomique leur fait défaut. Je ne puis cependant m'empêcher de penser que de ces faits survenant chez des hystériques confirmées en proie à d'autres accidents de la diathèse vaso-motrice, leur interprétation appelait certains rapprochements entre tous ces troubles trophiques.

M. Rendu. — J'ai observé il y a quatre ou cinq ans un enfant qui fut, pendant quelque temps, en état de véritable mal épileptique ; je crus à une affection organique grave, et cependant l'enfant guérit, et depuis lors aucun trouble nerveux n'est survenu. Il s'agissait probablement d'un œdème cérébral passager.

M. Siredey. — Deux faits semblables me reviennent à l'esprit ; dans l'un on crut à une tumeur cérébrale dont on pensait, pendant la vie, dire la topographie exacte ; à l'autopsie on ne trouva absolument rien.

Dans l'autre, il s'agit d'une femme de 36 ans qui fut prise brusquement d'une hémiplégie classique flasque, sans convulsion, mais avec coma ; elle n'avait rien au cœur, ni dans les urines. Elle guérit parfaitement au bout de 2 ou 3 jours.

M. Hayem. — Les observations de M. Gilles de la Tourette, manquant du contrôle anatomique, doivent encore être prudemment interprétées.

J'ai eu dans mon service, pendant plus de 6 mois, un malade qu'on pouvait considérer comme un des plus frappants exemples d'épilepsie jaksonnienne ; il mourut dans le gâtisme et à l'autopsie on ne trouva absolument rien.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 mai.

Rôle du foie sur l'action anticoagulante de la peptone.

MM. Gley et **Pachon**. — Les auteurs sont partis de ce principe, que le foie est forcé d'intervenir pour que la peptone soit capable d'exercer son action anticoagulante, et ils ont résolu de diminuer, de supprimer même le fonctionnement du foie, afin de se rendre compte de l'obstacle qui serait apporté à l'action anticoagulante de la peptone.

Différents procédés ont été employés par eux pour atteindre ce but. Ils ont eu recours à la ligature des lymphatiques qui augmente la pression, et ainsi ont agi par action mécanique directe. En sectionnant les nerfs du foie, en détruisant ses centres nerveux excitateurs, ils ont agi sur le foie par action nerveuse directe. Enfin ils ont encore attaqué le rôle du foie par action chimique. A cet effet, ils ont injecté dans le canal cholédoque du chien 50 à 70 centimètres cubes d'acide acétique en solution à 2.5 pour cent.

C'est ce dernier procédé qui réalise le mieux la destruction plus ou moins complète du foie. Aussi les auteurs ont-ils remarqué qu'une injection intra-veineuse de peptone à l'animal faite quinze heures après cette opération, reste inefficace, et que le sang est néanmoins tout à fait coagulable.

Pourquoi la peptone devient-elle anticoagulante en traversant le foie ? Faut-il admettre, avec Fano, Contejean et Ledoux, la formation d'une substance anticoagulante formée par le foie aux dépens de la peptone ? Les auteurs ont cherché à éclaircir ce problème, et pour cela ils ont essayé de voir si des extraits préparés avec le foie des chiens ayant reçu une injection de peptone sont anticoagulants. Mais leurs expériences sont restées négatives.

Action anticoagulante de la propeptone sur le sang.

MM. Athanasin et **Carvallo**. — A la suite de recherches sur les résultats fournis par l'injection de propeptone dans le sang du chien, les auteurs ont constaté que le sang contenait tous les éléments figurés, mais qu'il y avait une sérieuse diminution du nombre de leucocythes. Les globules rouges avaient l'aspect crénelé et mûriforme, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'ils soient morts.

Dans le sang peptonique, ils ont remarqué l'existence constante du fibrogène. Les sels de chaux ne doivent pas, pour les auteurs, faire défaut, comme le disent MM. Dastre et Floresco, parce que l'oxalate de soude et d'ammoniaque ont permis de mettre la chaux en évidence dans le plasma peptonique.

Le sang ayant reçu de la peptone ne contient pas de ferment fibrineux à l'état libre, car les éléments figurés n'ont pas eu l'occasion de le produire, en conservant leurs propriétés physiologiques.

On peut donc dire que, si le sang peptonique est incoagulable en dehors de l'organisme, pendant un certain temps, tout en conservant tous les éléments nécessaires à sa coagulation, il faut en trouver la raison dans ce fait que ses propriétés physiologiques sont conservées, semblables à celles du sang qui circule dans les vaisseaux de l'organisme.

Tératômes expérimentaux.

M. Ch. Féré montre à la Société un coq auquel il a greffé sur les flancs et dans les appendices sous-maxillaires des embryons de quarante-huit heures. Peu après, les points où ces greffes avaient eu lieu ont été le siége de tumeurs mobiles, arrondies, ayant à peu près un diamètre de 25 millimètres.

Les tumeurs ainsi produites peuvent atteindre un volume très variable, mais il est rare que ce volume dépasse celui d'un gros pois. Quelques semaines plus tard, elles se résorbent. Mais dans l'animal que l'orateur présente à la Société, les tumeurs ont une période de croissance beaucoup plus longue que chez les animaux ayant servi à des expériences faites auparavant, et il est difficile pour cette raison de prévoir ce qu'elles deviendront.

Décomposition de l'acide urique sous l'influence des microorganismes.

M. Bourquelot lit une note de **M. Gérard** portant sur la décomposition de l'acide urique sous l'influence des microorganismes. Certains de ces derniers décomposent en effet l'acide urique en urée et en carbonate d'ammoniaque. Sans doute l'urée subit-elle plus tard l'action d'un autre microbe, d'où hydratation de cette substance et formation de carbonate d'ammoniaque. En effet, dans une expérience, l'auteur a obtenu uniquement du carbonate d'ammoniaque, et pas d'urée du tout.

Action du streptocoque et de ses toxines sur les nerfs, les ganglions spinaux et la moelle.

M. Homen a pris du streptocoque provenant de pus retiré d'une vaginite, et l'a introduit dans le nerf sciatique et dans la moelle d'un lapin, après l'avoir fait cultiver. Diverses lésions s'étant produites, il a recherché la part qu'il fallait attribuer aux microbes eux-mêmes, et celle qui devait être réservé aux toxines.

Les lésions des animaux inoculés avec les microbes ont été les suivantes : Dans les nerfs, il y avait des altérations aussi considérables au-dessus qu'au-dessous de l'injection, et se modifiant, tant au point de vue de la répartition qu'à celui de l'étendue, au fur et à mesure qu'on s'éloignait du point de l'injection. Dans les ganglions spinaux, les altérations étaient minimes. Dans les racines, on retrouvait les altérations vues déjà dans les nerfs, moins prononcées, il est vrai, surtout dans les racines antérieures. Mais c'est dans la moelle que les lésions étaient le moins marquées, encore est-ce à la moelle lombaire qu'on les voyait surtout.

De plus, les animaux inoculés avec des microbes présentaient bientôt une diminution de poids, une fièvre, une mortalité plus marquées que chez ceux inoculés par les toxines.

Au point de vue anatomo-pathologique, on retrouvait le même genre d'altérations chez ces derniers que chez les premiers, avec cette différence que les altérations des nerfs étaient moins grandes, avec infiltration moindre de leucocytes. Dans les ganglions spinaux et dans la moelle, on retrouvait à peu près les même altérations que celles qui se produisaient après l'inoculation des microbes.

Des liquides fixateurs et conservateurs des globules du sang.

M. Malassez a étudié les erreurs que peuvent causer les liquides conservateurs et fixateurs des globules rouges dans les mensurations et les évaluations de volume de ces éléments.

Il a constaté que, chez le lapin, les injections intra-veineuses de solutions de sulfate de soude inférieures à 10 pour 100, de bichromate de potasse, de 2.5 à 10 pour 100 ; de liquide de Muller, d'acide osmique, à 1 et 2 pour 100, provoquent des diminutions de diamètre, comme la solution salée ordinaire à 7.5 pour 1000. D'autre part, il a vu que les solutions de sulfate de soude supérieures à 10 pour 100 provoquent, au contraire, des augmentations de diamètre, comme les solutions salées supérieures à 5 pour 100.

En partant de ces faits, l'auteur montre que l'on peut être facilement amené à faire des erreurs, dans la dilution du sang par ces liquides, au point de vue de la mensuration et de l'évaluation du volume des globules. Aussi conclut-il que le mieux, pour mesurer exactement les globules, c'est encore une préparation de sang desséchée et bien conservée. On obtient ainsi des résultats constants et très voisins — à peine un peu inférieurs — à ceux que l'on obtient avec du sang frais.

Les liquides de dilution et les appareils ordinairement em-

ployés donnent des évaluations de volume de masse globulaire trop élevées, par la dilution du sang et la mesure consécutive du dépôt de globules.

Elimination des sels alcalino-terreux dans un cas d'ostéomalacie.

M. Fonzes-Diacon a analysé les urines émises pendant vingt-quatre heures par un malade atteint d'ostéomalacie. Elles occupaient un volume de 845 centimètres cubes, sans autre anomalie qu'un peu d'albuminurie et un fort dépôt d'urate acide de soude.

En dosant les différentes substances, l'auteur a vu qu'un litre d'urine contenait 0.282 de phosphate neutre de magnésie et 0.290 de phosphate neutre de calcium. On a, entre ces nombres, un rapport sensiblement égal à celui de 1 à 1 ; normalement, on sait qu'il doit y avoir 2/3 de phosphate de magnésie pour 1/5 de phosphate de chaux. Il y a donc exagération de l'élimination des sels calcaires.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 8 AU 13 JUIN 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 juin, à 1 heure. — 4e : MM. Potain, Fournier, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Reynier, Tuffier, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Monod, Reclus, Lejars. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Straus, Widal.

Mardi 9 juin, à 1 heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Dieulafoy, Thoinot. — 4e (2e série) : MM. Proust, Gilbert, Charrin. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Polaillon, Quénu. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Roger, Ménétrier. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Cornil, Marie, Achard.

Mercredi 10 juin, à 1 heure. — 4e (1re série) : MM. Pouchet, Joffroy, Wurtz. — 4e (2e série) : MM. Grancher, André, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Monod, Tuffier, Walther. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Hayem, Gilles de la Tourette.

Jeudi 11 juin, à 1 heure. — 4e (1re série) : MM. Proust, Raymond, Chantemesse. — 4e (2e série) : MM. Pouchet, Gilbert, Netter. — 4e (3e série) : MM. Dieulafoy, Marfan, Thoinot.

Vendredi 12 juin, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Terrier, Delbet, Broca. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Gaucher, Widal. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Thoinot, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 13 juin, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Gilbert, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Campenon, Albarran. — 5e (1re partie) Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Dentu, Berger, Quénu. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Achard. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Laboulbène, Hutinel, Letulle. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Cornil, Raymond, Chantemesse. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 10 juin, à 1 heure. — *M. Bertrand* : Contribution à l'étude de quelques fausses tumeurs abdominales (MM. Potain, Straus, Gaucher, Widal). — *M. Blanc* : Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie paroxystique essentielle (MM. Straus, Potain, Gaucher, Widal). — *M. L. Mayer* : Essai de classification des sérums ; étude expérimentale de leur action sur l'infection pyocyanique (MM. Pinard, Landouzy, Ricard, Chassevant). — *M. Joguet* : De l'action du tellurate de soude contre les sueurs des phtisiques (MM. Landouzy, Pinard, Ricard, Chassevant). — *M. Lissac* : Traitement des troubles consécutifs à la castration (MM. Landouzy, Pinard, Ricard, Chassevant). — *M. Charvilhat* : Contribution à l'étude de la grenouillette sushyoïdienne (MM. Tillaux, Marchand, Poirier, Broca). — *M. Lairé* : Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus (MM. Tillaux, Marchand, Poirier, Broca). — *M. Koutnik* : Des tumeurs gazeuses du cou (MM. Tillaux, Marchand, Poirier, Broca). — *M. Houzé* : De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée (MM. Tillaux, Marchand, Poirier, Broca).

Jeudi 11 juin, à 1 heure. — *M. Zuber* : Localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie (MM. Grancher, Joffroy, Marie, Wurtz). — *M. Henry* : Du délire des négations dans la paralysie générale (MM. Joffroy, Grancher, Marie, Wurtz). — *M. Doucy* : Du traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure par la résection triangulaire du tarse (MM. Panas, Polaillon, Nélaton, Hartmann). — *M. Langle* : Exposé des théories actuelles et des méthodes de traitement du strabisme (MM. Panas, Polaillon, Nélaton, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours de prosectorat.

Les candidats, au nombre de dix, sont : MM. Mayet, Fredet, Baudet, Marion, Baraduc, Riche, Savariaud, Courtillier, Mouchet, Picou.

Voici le sujet de la composition écrite :

Parotide, anatomie et physiologie; tumeurs de la parotide, symptômes et diagnostic.

HOPITAUX DE PARIS

Avis à MM. les docteurs en médecine anciens internes des hôpitaux.

L'administration a à pourvoir, par suite de la nomination de MM. les docteurs Jeanselme et Jacquet comme médecins des hôpitaux, aux deux places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis.

Conformément au règlement, ces assistants doivent être choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et nommés par le directeur de l'Assistance publique sur une liste de présentation de trois candidats établie par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

MM. les docteurs en médecine, réunissant les conditions susénoncées, qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistants suppléants de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leur demande dans le plus bref délai possible en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes seront reçues jusqu'au 15 juin prochain. Elles devront êtres adressées à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Une indemnité, calculée à raison de 10 francs par séance, est attribuée aux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Concours d'accouchement (Bureau central).

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Tissier et Potocki.

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Le Noir, 19 ; de Gennes, 18 ; Régnier, 11 ; Plicque, 18 ; Hudelo, 17 ; Gastou, 14 ; Teissier, 18 ; Springer, 16 ; Dupré, 16 ; Barbez, 17 ; Michel, 17 ; Enriquez, 16 ; Charrier, 16 ; R. Lyon, 15 ; Rénon, 15 ; Thiroloix, 19 ; Deschamps, 15 ; Létienne, 17 ; Capitan, 16 ; Méry, 18.

Concours de chirurgie (Bureau central).

Le jury définitif est composé de MM. Marchand, de Saint-Germain, Reynier, Brun, Périer, Jalaguier, Hipp, Martin.

Voici le sujet de la composition écrite : *Cordon spermatique; Hydrocèle congénitale.*

La première séance de lecture a eu lieu lundi dernier 1er juin : MM. Reblaud, 22 ; Peraire, 18 ; Morestin, 27.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 24 13 Juin 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

A mon maître Quénu.

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

On donne le nom de « tunique vaginale » (vagina–gaine) à la membrane séreuse qui entoure le testicule et l'épididyme.

Si l'on veut être à même de bien comprendre comment cette vaginale se dispose sur le testicule autour duquel elle s'enroule, sur l'épididyme qu'elle invagine en partie, sur le canal déférent et le paquet vasculo-nerveux contre lesquels elle se réfléchit et qu'elle laisse en dehors de sa cavité, il importe qu'on étudie, tout d'abord, comment elle se développe ; or, cela implique la connaissance préalable des bourses et des différentes couches qui entrent dans leur constitution.

A. La double assise de tissus qu'on trouve dans les bourses.

On appelle « bourses » les enveloppes des testicules. Ces enveloppes sont formées de deux assises de tissus, l'une superficielle, l'autre profonde. Ces deux assises contiennent l'une et l'autre plusieurs tuniques régulièrement superposées : à l'ensemble des couches qui composent l'assise superficielle on donne le nom de *couches communes ;* à l'ensemble des couches qui composent l'assise profonde, celui de *couches propres.* Couches communes, cela veut dire qu'on les rencontre aussi bien sur toute la surface du corps, la paroi abdominale, par exemple, que sur les bourses. Couches propres, cela signifie qu'elles appartiennent exclusivement aux enveloppes des testicules.

A. **Les couches communes** sont disposées en plusieurs plans, et ces plans forment un double système. Le *système cutané* y est représenté par la peau, dans le derme de laquelle sont incrustées quelques fibres musculaires lisses, par une traînée très mince de tissu cellulaire sous-dermique. et, enfin, par un muscle peaussier auquel on donne le nom de dartos. Le *système musculo-aponévrotique* y est représenté par la nappe celluleuse, plus profondément par la tunique érythroïde formée de faisceaux musculaires striés qui s'éparpillent sur les bourses, et qui, au niveau du canal inguinal, se ramassent en un muscle appelé crémaster externe ou crémaster strié ; enfin, plus profondément encore, par la couche fibreuse.

B. **Les couches propres** sont constituées, de la superficie vers la profondeur, par une sorte de gangue musculaire à jour appelée crémaster lisse, et par une membrane séreuse à double feuillet appliquée contre le testicule et nommée tunique vaginale. Les auteurs écrivent que le crémaster lisse peut être dédoublé en deux lamelles, l'une externe, collée contre la face profonde de la couche fibreuse, l'autre interne, plaquée sur la face superficielle de la vaginale : la première forme ce qu'ils appellent le crémaster moyen ; la seconde, ce qu'ils désignent sous le nom de crémaster interne.

Barrois (1), dans une thèse où il y a de bonnes choses, réunit dans un même groupe, sous l'étiquette de *lame externe*, la peau, le dartos et la tunique celluleuse ; il englobe le crémaster strié, la fibreuse, le crémaster lisse et la séreuse dans un autre groupe qui forme la *lame interne*. Je trouve, naturellement, ma classification meilleure que la sienne, pour ce que celle-ci ne me paraît pas reposer sur des bases bien solides ; mais, au résumé, j'attacherais peu d'importance à la chose, si Barrois ne considérait la tunique celluleuse comme l'homologue, dans les bourses, de la couche graisseuse sous-cutanée du ventre. Cette opinion n'est pas défendable, à ce qu'il me semble, et je pense que Wertheimer (2) a eu raison de l'attaquer.

(1) Théodore-Charles Barrois : *Contribution à l'étude des enveloppes du testicule.* Th. in-Lille, 1882, n° 34, p. 12. Chez L. Danel, à Lille.

(2) E. Wertheimer : Article *testicule* (Anatomie). In *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 3e série, t. XVI, p. 525. Chez Masson, Paris, 1886.

LES BOURSES, LE CRÉMASTER, LA VAGINALE, LA DESCENTE DU TESTICULE

Par Pierre SEBILEAU

Travail du Laboratoire d'Anatomie de Clamart.

PLAN DU MÉMOIRE

A. La double assise de tissus qu'on trouve dans les bourses.

B. Les enveloppes communes du testicule et comment celui-ci s'en coiffe. La théorie de Carus.

1° La peau des bourses et le muscle dermo-scrotal.

2° La couche sous-cutanée et le dartos.

3° Le tissu cellulaire.

4° Le muscle crémaster strié :

A. L'histoire du crémaster :

I. Période pré-huntérienne :

1° Le crémaster est un muscle indépendant.

2° Le crémaster est à la fois autonome et dépendant des muscles abdominaux.

3° Le crémaster un muscle dépendant de la ceinture musculaire de l'abdomen.

II. Période huntérienne.

III. Période post-huntérienne :

α *De Hunter à Carling et à Robin.*

β *Carling et Robin.*

γ *Après Carling et Robin :*

1° Le crémaster est un reste du gubernaculum.

2° Le crémaster est une dépendance des muscles abdominaux.

3° Le crémaster est à la fois formé par le gubernaculum et par les muscles abdominaux.

4° Le crémaster ne provient ni du gubernaculum ni des muscles abdominaux.

B. La disposition du crémaster :

1° Chez les animaux à testicules perpétuellement cachés.

2° Chez les animaux à testicules périodiquement et temporairement cachés.

3° Chez les animaux à testicules perpétuellement visibles :

α *A l'état fœtal :* Ovidés et bovidés.

— Pachydermes.

β *A l'état adulte :* Ovidés et bovidés.

— Pachydermes.

4° Chez l'homme :

α *A l'état fœtal.*

β *A l'état adulte.*

5° La tunique fibreuse.

C. Comment il faut corriger la théorie de Carus.

D. Les enveloppes propres du testicule et comment celui-ci s'en coiffe :

A. Le testicule abdominal.

B. Le gubernaculum testis :

α Portion abdominale.

β Portion pariétale.

γ Portion inguinale.

C. La descente du testicule et les modifications qu'elle imprime :

1° Au gubernaculum.

2° Au péritoine.

1° Le gubernaculum modifié : Le crémaster lisse.

2° Le péritoine entraîné : La vaginale :

I. Développement de la vaginale.

II. Le canal vagino-péritonéal.

III. Trajet de la vaginale :

A. Coupes horizontales.

B. Coupes frontales.

C. Coupes sagittales.

Portant sur : Cordon.

— Tête épididymaire.

— Corps épididymo-testiculaire.

— Ligament crémastérien.

IV. Description de la vaginale :

A. Les culs-de-sac.

B. La cavité et ses prolongements.

Au reste, je reviendrai plus loin sur cette question qu'il me sera plus facile de trancher quand j'aurai décrit toutes les enveloppes du testicule et montré leur origine.

Pour bien comprendre la disposition du sac à feuillets multiples qui renferme le testicule, disposition dont les détails embarrassent quelquefois la mémoire, il faut s'imaginer que le testicule, situé, durant les premiers mois de la vie fœtale, dans la région lombaire, doit, pour sortir du ventre et se faire jour, refouler tous les plans de la paroi abdominale et s'en faire un bonnet à doublures superposées. Je dis « s'imaginer », car cette hypothèse, autrefois défendue par Carus, est, par certains côtés, schématique; mais je la corrigerai plus tard, le moment venu.

J'admets donc, temporairement, sous le bénéfice de cette restriction, que le testicule pousse devant lui, pour émerger du ventre, les différentes couches de la paroi abdominale. Comment va-t-il s'entourer de ses enveloppes communes? Comment de ses enveloppes propres?

B. Comment le testicule s'entoure de ses enveloppes communes.

Pour les enveloppes communes, la chose est bien facile à comprendre; tout ce qui, dans la paroi, est souple, élastique, extensible, le testicule l'enfonce et s'en fait une coiffe; tout ce qui est dur, rigide, inextensible, le testicule le défonce et passe au travers. Ainsi se laissent refouler et se retournent en bonnet, la peau et sa doublure musculaire lisse, le tissu cellulaire sous-cutané, le peaussier abdominal (je dirai plus tard ce que j'entends ainsi désigner), la lame celluleuse qui est plaquée sur la face antérieure du grand oblique, les faisceaux charnus du petit oblique et du transverse, le fascia transversalis enfin; mais, au contraire, le large tendon du grand oblique, qui est dense, épais, fibreux, comme c'est le propre des tendons, fait barrière au testicule qui le perfore et passe. Tous les tissus de la paroi abdominale qui obéissent à la pression de la glande génitale quand elle accomplit sa descente se retrouvent donc plus tard dans les bourses de l'adulte; ceux qui lui résistent ne s'y retrouvent pas.

1° La peau des bourses et le muscle dermo-scrotal.

La peau du ventre est représentée par la peau du scrotum; dans le derme de cette peau sont incrustés des faisceaux musculaires lisses à l'ensemble desquels on peut donner le nom de muscle dermo-scrotal. Il n'y a rien là de particulier.

2° La couche sous-cutanée et le dartos.

La couche sous-cutanée du ventre est représentée dans les bourses par une lamelle de tissu cellulaire; mais cette lamelle est très ténue, très mince, et voici pourquoi: ici, le tissu s'est ennobli et l'élément conjonctif a disparu au profit de l'élément musculaire, sauf, pourtant, à la racine des bourses, où la substitution ne s'est pas opérée et où le tissu cellulaire sous-cutané a conservé ses qualités et ses marques distinctives. Ainsi s'est constitué le dartos. Je ne veux pas rappeler ici les différentes phases par lesquelles a passé l'histoire de celui-ci: il a été tour à tour considéré comme du tissu cellulaire, du tissu élastique, du tissu musculaire; il a même été différencié sous le nom de tissu dartoïque. Ces querelles sont aujourd'hui sans intérêt. Meckel (1) était en dessous de la vérité quand il disait « Je crois très probable que le dartos fait le passage du tissu muqueux proprement dit au tissu musculaire et qu'il existe entre lui et les autres muscles le même rapport à peu près qu'entre les muscles des animaux supérieurs et ceux des animaux inférieurs. » Le dartos est, en effet, un véritable muscle, ainsi que Dionis (2) l'a écrit depuis longtemps, et, je crois, le premier entre tous: « Selon les anciens, disait-il, c'était une continuité de pannicule charnu; mais, à présent, l'on reconnaît que c'est un muscle cutané et tissu de beaucoup de fibres charnues: c'est par le moyen de ce muscle que le scrotum se resserre et devient tout ridé. » Le procès est donc aujourd'hui jugé puisque Thomson (3) et d'autres encore ont définitivement démontré la texture musculaire du dartos. Ce qui est jugé aussi, c'est que ce muscle se développe sous la peau indépendamment de la présence du testicule dans le scrotum, car je n'imagine pas que personne défende encore maintenant cette hypothèse autrefois soutenue, *a priori* d'ailleurs, par Lobstein (4), par Breschet (5) et par Lauth (6), à savoir que le dartos n'apparaît dans les bourses qu'après la descente complète de la glande et qu'il représente les restes du gubernaculum testis.

Le feuillet dartoïque est formé de fibres élastiques tassées contre des faisceaux de fibres lisses; comme l'a fort bien démontré Barrois, il doit être considéré comme indépendant du muscle dermo-scrotal qui capitonne la peau. La direction des fibres du dartos est, en effet, perpendiculaire à celle des fibres du muscle dermo-scrotal; il est vrai que les faisceaux de l'un et de l'autre s'allongent parallèlement à la surface cutanée; mais le premier est orienté dans le sens antéro-postérieur, le second dans le sens transversal. Le muscle dermo-scrotal est un muscle intradermique, formé par une sorte d'épaississement et de condensation des fibres lisses qui sont, à l'état normal, incrustées dans la face profonde du derme et qui, dans certaines régions, le mamelon par exemple, deviennent très abondantes. Le dartos, lui, est un muscle sous-dermique, une sorte de peaussier à fibres lisses, inséré sur le squelette ou les plans fibreux du voisinage. Barrois (7), cependant, lui attribue une autonomie et une indépendance que je ne m'explique pas. Cet auteur fait du muscle dermo-scrotal « un peaussier fortement développé » et considère le dartos « comme une enveloppe spéciale, propre au testicule et dont on ne retrouverait l'analogue dans nulle autre partie du corps humain, si ce n'est, peut-être, dans les grandes lèvres, dans cette lame musculaire que Broca et

(1) J.-F. Meckel: *Manuel d'Anatomie générale descriptive*, traduit par A.-J.-L. Jourdan et G. Breschet. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1825, t. III, p. 622.

(2) Dionis: *L'Anatomie de l'homme*. Chez Laurent d'Houry, Paris, 1694, p. 225.

(3) Thomson: *Annales des Sciences naturelles*, 1836, t. VI, p. 158.

(4) J.-F. Lobstein: *Recherches et observations anatomo-physiologiques sur la position des testicules dans le bas-ventre et de leur descente dans le scrotum*. Archives de l'art des accouchements, Strasbourg, 1801, t. I, p. 269.

(5) G. Breschet: Article *Dartos*. In *Dictionnaire des Sciences médicales*, en 60 vol. Chez C.-L.-F. Panckoucke, Paris, 1814, t. VIII, p. 10.

(6) Em.-Al. Lauth: *Nouveau Manuel de l'Anatomiste*, 2e édit. A Paris, chez F.-G. Levrault, 1835, p. 628.

(7) Th.-Ch. Barrois: *Contribution à l'étude des enveloppes du testicule*. Th. in Lille, 1882, n° 34, p. 15.

Sappey nomment le dartos de la femme ». Je ne vois pas, dis-je, pour quelle raison Barrois met ainsi le dartos hors la loi commune: tout au contraire, il est bien, ce dartos, un vrai peaussier, un peaussier banal mais puissant, et rien n'est plus facile que de lui trouver, dans le corps des animaux et dans celui de l'homme, une étroite et nombreuse parenté. Je m'explique.

On sait que chez les invertébrés à corps mou le système des muscles peaussiers prend une telle importance qu'il devient le système de la locomotion. Ces peaussiers se retrouvent, très atrophiés, chez les vertébrés inférieurs, les poissons, les batraciens et les reptiles; ils se développent davantage chez les oiseaux, qui sont d'une classe plus élevée, et prennent, chez les mammifères, une étendue et une épaisseur quelquefois considérables. « Chez la plupart d'entre eux, en effet, tout le tronc est enveloppé par un muscle peaussier qui s'étend aussi sur le cou, sur une partie de la tête et de la face, et devient souvent aponévrotique le long de la crête dorsale et sur l'abdomen (1). » Ce pannicule charnu, « cet immense muscle large » comme dit Chauveau (2), dont on voit les faisceaux converger vers l'humérus et s'y attacher, se compose de plusieurs portions isolées ou réunies. Aussi bien reconnaît-on le peaussier dorsal, le peaussier ventral, le peaussier cervical, le peaussier fémoral, le peaussier fessier. Le développement de chacune de ces plaques charnues dépend, comme le fait remarquer Cuvier (3), de la mobilité plus ou moins grande des diverses régions qu'elles recouvrent et du rôle que remplit l'enveloppe cutanée dans le genre de vie et de défense de chaque espèce animale. Eh bien! chez presque tous les mammifères, le peaussier du ventre s'insinue sous la peau des parties génitales mâles, « surtout chez ceux qui lancent leurs urines par bonds ». Chez les quadrumanes et les cheiroptères, il se glisse dans les bourses; chez des carnassiers comme le raton, il se prolonge jusque sur le prépuce dont il devient un puissant rétracteur; chez des édentés, comme le tatou, le peaussier ventral fournit quelques fibres charnues à la verge et l'on voit partir de lui, sur la plupart des ruminants et des pachydermes, des trousseaux qui tirent le prépuce en arrière et d'autres qui ramènent celui-ci en avant. Sur les singes inférieurs, comme les cynocéphales, le muscle peaussier s'étale encore tout autour du tronc, mais il s'atrophie considérablement dans les espèces d'un ordre plus élevé. Chez l'homme, enfin, le pannicule charnu est réduit à sa plus simple expression; on ne trouve plus guère de fibres striées que sur l'épicrâne, le cou et la partie supérieure du thorax. Mais il reste, en d'autres régions de notre corps, des vestiges du peaussier des animaux; celui-ci, à la vérité, n'est plus le même; son domaine est étroit, sa noblesse entâchée; le muscle s'est dégradé; de strié qu'il était, il est devenu lisse: très nettement sous-dermique chez les bêtes, il s'est collé à la peau de l'homme sur lequel il se laisse plus difficilement distinguer des faisceaux musculaires du derme: mais en changeant de forme et de structure, il n'a pas changé de signification; il est devenu, au mamelon, le *muscle sous-aréolaire* de Sappey et le *muscle radié* de Meyerholtz: il est devenu, à la verge, le *muscle péripénien;* au scrotum, il a pris le nom de *dartos;* au ventre, il s'est atrophié davantage encore et a perdu sa caractéristique, la fibre musculaire, pour ne garder plus que ses éléments conjonctifs; telles se présentent, sans doute, comme un vestige du puissant ventrier des animaux — c'était, au moins, l'opinion de Velpeau (1) — « ces fibres d'apparence jaunâtre, jouissant d'une élasticité particulière analogue à celle du dartos », à l'ensemble desquelles Allen Thomson (2) a donné le nom de « couvercle fibreux de l'anneau inguinal externe » et qui, « parties de la ligne médiane un peu au-dessus de la symphyse pubienne, se portent obliquement en bas et en dehors sur l'aponévrose du grêle interne de la cuisse, en passant au-dessous du cordon spermatique, en avant de l'arcade crurale (3). »

Voilà pourquoi je ne pense pas, comme Barrois, que le dartos soit « une enveloppe spéciale propre au testicule, sans analogue dans le corps humain »; je le répète, ce dartos est un rudiment du grand peaussier ventral des animaux. Estevenet (4) signalait déjà sa continuité « avec le fascia superficialis ». Plus tard, Richet (5) montrait comment le tissu sous-cutané de la région inguinale s'infiltre « de fibres élastiques, origines du dartos ». Et, même, la continuité est si nette de ce dartos avec les fibres ventrières de Velpeau, que Blaise (6) a pu dire, avec raison, de celles-ci: « Elles me semblent n'être qu'une partie de l'appareil suspenseur des bourses décrit par M. Sappey ». Or, cet appareil suspenseur des bourses n'est pas autre chose, on le sait, que l'ensemble des tendons grêles du dartos. A une époque où il considérait encore celui-ci comme formé de tissu cellulaire, Robin (7) écrivait: « Le ventrier renferme des fibres semblables à celles du dartos; celui-ci s'insère par de petits faisceaux dont l'ensemble ressemble un peu à celui des tendons au dehors du ligament de Fallope, etc., etc.; les fibres les plus internes concourent à former le ligament suspenseur de la verge. »

On peut suivre, en effet, les insertions que prend ce ligament suspenseur de la verge, par de petits faisceaux fibreux (tendons de Treitz), sur les plans ostéo-fibreux du voisinage, jusque sur les piliers de l'anneau externe, la branche ischio-pubienne et la symphyse du pubis. Ce

(1) C.-Th. Siebold et Stannius: *Anatomie comparée*. Chez Roret, Paris, 1850, t. II, p. 416.

(2) Chauveau: *Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques*, 4e édit., revue par Arloing, p. 248. Chez J.-B. Baillière, 1890.

(3) Georges Cuvier: *Leçons d'anatomie comparée*, publiées par Duménil, 2e édit., t. III, p. 596. Chez Fortin, Paris, 1845.

(1) A.-A. Velpeau: *Traité d'anatomie chirurgicale, générale et topographique du corps humain*, 3e édit. Paris, 1837, vol. II, p. 592.

(2) A. Thomson: *Nouvelle recherches sur l'anatomie de la région inguinale*. In *Annales de Médecine physiologique*, Paris, 1838, 2e livraison, p. 13.

(3) A. Richet: *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*. Chez Lauwereyns, Paris, 1877, 5e édit., p. 766.

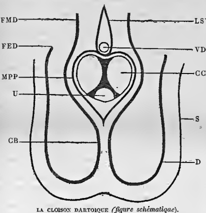
(4) Laur. Estevenet: *Anatomie de l'aine*. Th. in Paris, 1842, n° 68, p. 10.

(5) A. Richet: *Loco citato*, p. 738.

(6) Paul Blaise: *Canal inguinal chez l'adulte*. Th. in. Paris, 1894. n° 118, p. 19. Chez Steinheil.

(7) C.-Ph. Robin: *Anatomie chirurgicale de la région de l'aine*. Th. in Paris, 1846, n° 190, p. 14 et 29.

sont ces petites languettes tendino-élastiques qui forment, dans leur ensemble, cet appareil que Sappey (1) a bien décrit sous le nom d'*appareil de suspension des bourses*, et le ventrier, quoi qu'en pense Sarazin (2), est une tout autre chose qu'un artifice de dissection.



La cloison dartoïque (*figure schématique*).

FMD : Fibres moyennes du dartos. — FED : Faisceaux externes du dartos. — MPP : Muscle péri-pénien. — U : Urèthre. — CB : Cloison des bourses. — LSV : Ligament suspenseur de la verge. — VD : Veine dorsale. — CC : Corps caverneux. — S : Scrotum. — D : Dartos scrotal.

Ainsi détaché du détroit pelvien inférieur, le dartos descend et s'épanouit: une partie de ses fibres se répand tout autour de la verge (muscle péripénien, *dartos pénien* de Charpy) (3); l'autre s'étale sous la face profonde du scrotum (*dartos-scrotal*); quelques faisceaux enfin, originaires de la symphyse du pubis, enserrent la veine dorsale de la verge où ils forment l'appareil autoclave décrit par Pierre Delbet (4), embrassent la racine du membre viril et vont enfin, continuant leur chemin, cloisonner la cavité des bourses (*dartos intertesticulaire*), si bien que chaque testicule est inclus dans un sac dartoïque tout à fait indépendant, contrairement à l'opinion émise par Sappey (5) et défendue par Richelot (6). C'est à leur couche musculaire que les enveloppes des testicules doivent la contractilité lente, vermiculaire, dont elles sont douées. C'est aussi parce que la chaleur relâche les fibres dartoïques que les bourses sont volumineuses et tombantes chez les nègres, les Africains, les Arabes, et non point seulement, comme le prétend Jullien (1), parce que les parties génitales de ces peuplades, non soutenues par le costume, « sont soumises aux stases et aux congestions » (2).

(*A suivre.*)

(1) Ph.-C. Sappey : *Traité d'Anatomie descriptive*, 3e édit., t. IV, p. 594. Chez Delahaye, Paris, 1879.

(2) Ch. Sarazin : Article *Inguinal* du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1874, t. XIX, p. 4. Chez Baillière.

(3) Adr. Charpy : *Organes génito-urinaires*, p. 168. Chez Cassau fils, Toulouse, 1890.

(4) Pierre Delbet : *Mécanisme autoclave du corps spongieux de l'urèthre pendant l'érection*. In *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1888, p. 2.

(5) Ph.-C. Sappey : *Loco citato*, p. 596.

(6) L.-G. Richelot : Article *Scrotum*. In *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, t. VIII, 1re partie, 3e série, p. 358. A Paris, chez Masson.

(1) L. Jullien : Article *Scrotum*. In *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, t. XXXII, p. 757. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1882.

(2) Rabelais disait : « Les prêtres qui ne portent point chausses foncées ont le membre qui s'étend en liberté à bride avalée, parce que dans ce triballement les humeurs du corps descendent au dit membre. » (L. Jullien.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin. — Présidence de M. Monod.

Fibrômes récidivants de l'oreille d'origine traumatique.

(Suite de la discussion). (3)

M. Kirmisson. — J'ai retrouvé dans mes cartons l'observation de fibrôme de l'oreille que je n'ai fait que citer à la dernière séance. Il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans qui présentait à la partie postéro-supérieure du pavillon de l'oreille une petite tumeur fibreuse, sous-cutanée, ayant l'apparence d'un fibrôme.

Et cependant, je ne me souvenais pas, l'autre jour, du fait suivant qui va faire plaisir à M. Lucas-Championnière : ce malade avait fait, un an auparavant, une chute dans laquelle il s'était fait une petite plaie de l'oreille, plaie qui avait cicatrisé parfaitement.

J'enlevai donc cette petite tumeur.

L'extirpation en fut facile. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse pure. J'ai consulté l'article écrit par M. Duplay, dans le *Traité de Chirurgie*, sur les tumeurs de l'oreille. Il y est rapporté des tumeurs semblables à celle-ci. Mais à côté de ces fibrômes de l'oreille dont l'existence est certaine, il y a, à n'en pas douter, d'autres tumeurs de l'oreille qui sont les cicatrices chéloïdiennes dont on a parlé l'autre jour. Faut-il donc considérer toutes ces productions de l'oreille comme étant de nature chéloïdienne, ou bien faut-il faire des divisions ?

Il me semble qu'il s'agit tout simplement là d'une question de classification : si l'on se place au point de vue pathogénique pur, peut-être toutes ces productions ont-elles la même origine et sont-elles de même nature ; mais si l'on se place au point de vue clinique, convenez qu'il y a deux variétés à distinguer dans ces productions : *a*) les chéloïdes qui sont cutanées et les fibrômes qui sont sous-cutanés...

M. Quénu. — A la suite du rapport de M. Picqué, la discussion a été mise sur les trois points suivants :

a) Quelle était la nature des productions opérées par M. Audain ?
b) Quelle est la nature des chéloïdes en général ?
c) Quel traitement faut-il leur appliquer ?

Les deux premiers points de cette discussion sont connexes, M. Routier et Lucas-Championnière ont précisément très bien vu et montré cette connexion. Sur le deuxième point, M. Félizet a dit: Il y a deux sortes de chéloïdes, les unes sont d'origine strumeuse, les autres d'origine arthritique. Les premières sont des hypertrophies de cicatrice, les secondes sont de véritables tumeurs. Je ne crois plus possible aujourd'hui de soutenir cette opinion qui était autrefois celle de Bazin.

A la vérité, il n'y a pas de différence de structure entre les vraies et les fausses chéloïdes. M. Picqué a cependant répondu, je le sais, que d'après l'examen histologique fait par M. Pilliet, dont l'autorité est indubitable, les tumeurs enlevées par M. Au-

(3) Lire dans notre dernier compte rendu (*Gazette Médicale* du 6 juin 1896) le nom de **M. Audain** (de Port-au-Prince) et non **M. Audoin**.

dain étaient réellement des fibrômes, des tumeurs sous-cutanées. Mais c'est là une raison insuffisante, car les chéloïdes ont toujours été considérées comme de structure analogue aux fibrômes. c'est-à-dire des bandes fibreuses entrecroisées. MM. Cornil et Rouvier qui ont, depuis longtemps, fait leur étude, insistent même sur l'abondance des vaisseaux dans ces tumeurs et sur le développement concentrique des bandes fibreuses par rapport aux vaisseaux. Je le répète donc, la raison histologique invoquée par M. Picqué est insuffisante. La structure histologique d'une production ne suffit pas pour la classer. Il faut envisager de plus son évolution, son mode de réaction. Et cela est tellement vrai que MM. Cornil et Rouvier et. plus tard, M. Malassez, ayant considéré les chéloïdes comme des sarcômes, le contraire fut démontré par ce fait seul que, nous le savons aujourd'hui, les sarcômes se développent d'autant plus qu'on y touche davantage, tandis que les chéloïdes finissent par céder et ont un développement régressif.

Pour moi, donc, il s'agit dans ces chéloïdes non de néoplasmes, mais de troubles trophiques propres à certains individus (les strummeux) et à certaines races (la race nègre).

J'insisterai enfin sur le développement vasculaire de ces tumeurs signalé par M. Rouvier. Il est important à considérer au point de vue du traitement.

Le traitement de ces chéloïdes a été souvent modifié. On a d'abord voulu les extirper. Mais l'extirpation donnait des résultats décourageants et j'ai retrouvé, dans mes notes, une clinique faite par M. Richet en 1879, quand j'étais son interne, et où il nous disait qu'il ne ferait plus jamais d'extirpation de chéloïdes, mais qu'il les traiterait par la compression.

Il est enfin reconnu aujourd'hui que l'extirpation donne de mauvais résultats. Les scarifications instituées par Widal ne valent pas mieux. La compression employée par les peaussiers est infidèle.

Mais il est une méthode que je n'ai pas encore entendu signaler dans la discussion, c'est *l'électrolyse*. C'est le mode de traitement auquel je donne aujourd'hui mes préférences. Cependant, je ne l'emploie pas chez les strummeux, car, chez eux, les chéloïdes me paraissent dues à du tissu de cicatrice où il reste du microbe à l'état latent, et je les crois mieux traitées par les injections irritantes.

C'est en 1889, au mois de novembre, que j'ai fait mon premier traitement des chéloïdes de l'oreille par l'électrolyse. C'était chez une petite fille de 8 ans, la chéloïde avait le volume d'un pois, siégeait au niveau de la perforation du lobule faite pour le passage des boucles d'oreilles. Après trois séances d'électrolyse, la chéloïde a disparu. J'ai revu l'enfant un an plus tard sans récidive.

Ma seconde intervention par l'électrolyse a été faite chez un enfant de douze ou treize ans qui, atteint de plaie sur le cartilage du pavillon, avait présenté ensuite une hypertrophie cicatricielle à ce niveau. Cette chéloïde avait été enlevée une première fois par M. Jalaguier qui obtint une réunion par première intention parfaite, et c'est sur cette réunion par première intention parfaite que se développa la seconde chéloïde que j'ai traitée et guérie par l'électrolyse.

Pour me résumer, je crois donc que toutes les productions de l'oreille dont on a parlé ici sont des chéloïdes. Mais je ne nie pas que ces productions ne puissent devenir le point de départ d'une tumeur quelconque. Moi-même, chez un jeune parent, je me rappelle avoir vu une petite tumeur de l'oreille qui, deux ou trois ans plus tard, se généralisa à tout le corps sous forme de lymphadénôme.

En second lieu, je crois que ces chéloïdes sont, non des néoplasmes, mais des lésions trophiques.

M. Picqué lit la note de M. Pilliet en foi de laquelle il maintient le nom de fibrômes aux tumeurs enlevées par M. Audain.

M. Berger. — Il y a une distinction à faire entre les tumeurs qui ne sont pas chéloïdiennes et celles qui le sont. J'ai vu les deux sortes de tumeurs.

J'ai enlevé, comme tout le monde, de petites tumeurs de l'oreille, développées longtemps après un traumatisme, tenant bien à la peau en un petit point, mais cependant très différentes des chéloïdes, car elles avaient bien l'aspect de petits kystes inclus dans le tissu cellulaire et facilement énucléables. Or, ces tumeurs, je les ai fait analyser et elles ont toujours été considérées comme des fibrômes adultes. Mais qu'elles aient été au début des chéloïdes et non des fibrômes, je ne dis pas non.

D'ailleurs, ces chéloïdes se développent chez de jeunes sujets lymphatiques; elles font saillie, elles sont légèrement douloureuses. Elles présentent, en certains points, une peau rouge ou violacée; la tumeur est toujours un petit peu diffuse. Enfin, chez le même sujet, une chéloïde se présente avec un volume variable, aux différents moments de la journée. Enfin ces tumeurs ont une extension limitée, elles s'accroissent sur place, elles ne généralisent pas. Aussi les considérerai-je comme des tumeurs bénignes et peut-être comme des lésions trophiques, avec M. Quénu.

Quant au traitement de ces chéloïdes, j'en proscris à tout jamais l'ablation. Quant à l'électrolyse, il est possible qu'elle ait donné de bons résultats à M. Quénu pour des chéloïdes petites. Mais quand il s'agit de chéloïdes volumineuses, ce traitement-là devient fastidieux et pour le malade et pour le chirurgien, tous les deux s'en lassent vite et les résultats sont incomplets. De plus, l'électrolyse présente parfois des inconvénients. C'est un traitement douloureux. J'avais soin autrefois de l'accompagner d'anesthésie par congélation. Or, il est arrivé, une fois, que la congélation a occasionné des plaies au niveau desquelles se sont développées de nouvelles chéloïdes.

Finalement, je m'en tiens au traitement que voici : j'applique des émollients sur la chéloïde et j'attends. J'ai dans ce moment-ci une malade ainsi traitée, chez qui une chéloïde volumineuse du cou a notablement diminué.

M. Routier. — Les chéloïdes de l'oreille diffèrent essentiellement des chéloïdes des autres régions, et elles en diffèrent par ce fait qu'elles se développent surtout dans une région bien spéciale, le lobule de l'oreille, où, parties de la peau au niveau d'une cicatrice, elles trouvent à s'étendre entre les deux faces du lobule qu'elle écartent et arrivent ainsi à simuler une tumeur souscutanée d'origine fibreuse; à la vérité, c'est à s'y méprendre. Et cependant, ce sont encore là des chéloïdes, et M. Quénu, dont la compétence en pareille matière nous est bien connue, n'affirme-t-il pas que les chéloïdes et les fibrômes ont la même structure histologique ?

M. Tuffier. — L'électrolyse est un procédé de traitement applicable aux chéloïdes de l'oreille, mais qui ne l'est plus aux chéloïdes d'autres régions. J'ai échoué avec ce procédé, là où la chéloïde n'était plus aussi limitée qu'elle l'était à l'oreille dans les cas de M. Quénu. Dans deux cas de chéloïde du sternum, au contraire, j'ai obtenu deux guérisons complètes par la compression pure et simple.

M. Quénu. — Je professe un scepticisme très net pour la méthode thérapeutique à laquelle s'est arrêté M. Berger dans le traitement des chéloïdes. M. Berger reproche à l'électrolyse qu'elle nécessite le dérangement fréquent des malades. Mais je n'ai fait revenir les miens que toutes les trois ou quatre semaines, ce qui m'a permis de mieux juger chaque fois des effets de l'électrolyse.

Pourquoi M. Berger employait-il la congélation camme agent anesthésique? Il était beaucoup plus simple d'injecter de la cocaïne.

Je maintiens donc que l'électrolyse est le traitement de choix pour les chéloïdes, et cela non seulement pour les chéloïdes de l'oreille, pour les choléïdes bien limitées, mais aussi pour toutes les autres chéloïdes.

M. Lucas-Championnière. — On a dit que l'on ne pouvait contester l'existence des fibrômes de l'oreille. Mais, d'abord, les tumeurs dont on a parlé récidivent, ce qui n'est pas le cas des fibrômes. Puis, ceux qui ont trouvé en des régions du corps et

chez le même sujet des tumeurs chéloïdiennes n'avaient-ils pas raison de rapprocher de ces tumeurs celles qu'ils avaient pu trouver simultanément dans l'oreille? Donc, premier fait, que la tumeur de l'oreille soit cutanée ou sous-cutanée, c'est toujours une chéloïde ; seule, la question de forme diffère.

Tous les traitements ont été proposés pour la chéloïde. M. Routier a obtenu un succès franc avec l'extirpation. La compression a donné de bons résultats à certains auteurs. Widal n'avait pas recommandé la scarification, soyez-en sûrs, sans en avoir retiré profit. Quant à l'électrolyse, M. Quénu vient de nous la vanter à bon droit.

Mais je crains que tous les résultats obtenus ne soient pas des résultats terminaux. Il semble que les chéloïdes soient des productions capricieuses qui ne disparaissent que quand elles le veulent bien. J'ai cité, dans la dernière séance, ces faits où des extirpations successives de chéloïdes avaient été suivies de récidives, mais où les chéloïdes avaient fini par s'atrophier et disparaître. Vous voyez donc que, dans ces conditions, l'extirpation ne serait pas une méthode vaine et qu'elle aurait autant de raison d'être que l'électrolyse et la compression.

Quant à la nature de la chéloïde, ce n'est certes pas un néoplasme. Mais c'est une tumeur bizarre, susceptible de s'améliorer avec l'état général, la croissance. En sorte que, pour cette raison encore, il est difficile de juger sainement la question de l'intervention dans les chéloïdes et de savoir quelle part revient, dans la disparition de ces tumeurs, à la nature même de cette tumeur et à la méthode thérapeutique employée.

M. Kirmisson. — Je voudrais essayer de résumer toute cette discussion et je dirai :

Il y a deux variétés de tumeurs de l'oreille : *a*) les chéloïdes ; *b*) les fibrômes.

Ces variétés, au point de vue clinique, sont indéniables. Mais, au point de vue de la pathogénie générale, quel rapport y a-t-il entre ces deux variétés de tumeurs? Cela est malaisé à préciser.

M. Quénu. — Au point de vue doctrinal, je suis d'accord avec M. Kirmisson, mais je tiens à protester contre cette idée que chaque fois que vous aurez affaire à une tumeur mobile souscutanée dans le lobule de l'oreille, vous en ferez un fibrôme et non une chéloïde, car, dans le lobule de l'oreille, la disposition que prennent les chéloïdes est spéciale et les fait ressembler aux fibrômes.

Réflexions sur l'appendicite à propos d'une hernie crurale étranglée de l'appendice.

M. Guinard lit une observation de hernie crurale étranglée dans laquelle une malade a été vue et opérée par lui six jours après le début des accidents d'étranglement. Cette malade portait dans la région du canal crural une tumeur dure, mate, douloureuse, de la grosseur d'une noix. M. Guinard a pratiqué la kélotomie. Il a vu que le sac contenait une anse formée par l'appendice cœcal dont l'extrémité libre plongeait dans la cavité abdominale.

L'appendice a été réséqué et il était long de 15 centimètres. Sur l'appendice, il n'y avait pas trace de sphacèle ni de péritonite périappendiculaire, et au niveau du sac, pas trace de fausse membrane.

Devant ce fait où domine, en somme, une obstruction de l'appendice étranglée non suivie d'appendicite, M. Guinard revient sur la pathogénie de l'appendicite et particulièrement sur la théorie du *vase clos* émise par M. Dieulafoy pour expliquer l'inflammation de l'appendice.

Pour M. Dieulafoy, la pathogénie de l'appendicite est identique à celle des péritonites consécutives à la ligature expérimentale d'une anse d'intestin ; comme l'a montré de Klecki, elle tient à l'exaltation, dans une anse oblitérée, de la virulence des microbes contenus à l'état normal dans l'intestin.

D'autre part, MM. Roger et Josué, dans des expériences sur le lapin, ont lié aseptiquement l'appendice et il ont vu que, dans le segment d'appendice séparé du cœcum par la ligature, la virulence des microbes s'atténuait au lieu de s'exalter. Il est donc inexact de comparer ce qui doit se passer dans l'appendice oblitéré à ce qui se passe en réalité dans la ligature d'une anse intestinale. En définitive, le cas rapporté par M. Guinard est superposable aux expériences faites par MM. Roger et Josné et il bat en brèche la pathogénie de l'appendicite donnée par M. Dieulafoy.

Le travail de M. Guinard est renvoyé à une commission dont M. Routier est nommé rapporteur.

Présentation de malade.

M. Reclus présente un malade qu'il a opéré d'un épithélioma de la face dont il a rapidement comblé le champ opératoire en pratiquant de larges greffes de Thirsch.

Présentation de pièce.

M. Routier présente un cas de perforation intestinale dû à une compression par un fibrôme.

Au cours de la séance, M. Hennequin est nommé membre titulaire de la Société de Chirurgie par 24 voix sur 30 votants.

Jean Petit.

Ordre du jour du 17 juin 1896.

1° Fin de la discussion sur la cholédocotomie (**M. Ricard**);
2° *Rapport* : Fracture oblique du tibia, consolidation vicieuse, ostéostomie, extension continue, par **M. Hartmann.** Rapport par **M. Kirmisson**;
3° *Communications* : *a*) Traitement du cancer du rectum, par **M. Chaput**; *b*) Myxome en deux ovaires, par **M. Potherat.**

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin.

Nocivité des huîtres.

M. J. Chatin, dans une note, montre que, des causes auxquelles on a attribué la nocivité des huîtres : chromatisme, période de reproduction, altérations tissulaires et conditions d'ambiance, ces dernières seules ont une importance réelle. En effet, c'est surtout par l'eau dans laquelle on les conserve que les huîtres sont susceptibles de se contaminer. C'est donc l'eau qu'il faudra surveiller avant tout pour se prémunir contre la nocivité des huîtres.

Sarcôme choroïdien de la région de la macula avec propagation orbitaire.

M. Panas remet l'observation d'une femme, âgée de 50 ans, qui vit survenir de l'amblyopie progressive et des symptômes glaucomateux quelques années après une chute sur l'œil.

On a fait l'énucléation de l'œil et constaté l'existence d'une tumeur développée au niveau de la partie polaire de la choroïde, ayant envahi le tissu cellulo-graisseux de l'orbite et comprimé le nerf optique. Cette tumeur était un sarcôme alvéolaire.

Avortement épizootique.

M. Porak lit un rapport à propos d'une note de M. Audiffred, demandant s'il y a dans l'espèce humaine une maladie semblable à celle qui a été décrite chez les animaux sous le nom d'avortement épizootique. C'est une maladie contagieuse et spéciale à la vache où elle est bien connue. Chez la femme, il n'existe rien de semblable.

M. Berger présente deux malades auxquelles il a fait des greffes italiennes pour larges lésions cicatricielles de la peau avec ectropion consécutives à des brûlures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juin.

De la scarlatine à rechute.

M. Comby communique deux cas de scarlatine à rechute.

Dans le premier, il s'agit d'une petite fille de quatre ans, qui était à la période de desquamation d'une scarlatine lorsque la fièvre se ralluma et fut suivie de l'apparition d'un nouvel exanthème scarlatiniforme sur le tronc et sur les membres. Cette malade guérit.

Le second cas a été observé chez une fillette de six ans, qui était au quatorzième jour d'une scarlatine normale lorsqu'elle fut reprise de fièvre et présenta une nouvelle éruption semblable à la première. Cette rechute dura six jours et fut suivie d'une otite double; elle se termina par la guérison.

Comment interpréter ces rechutes? Dans les pavillons d'isolement, où les malades sont nombreux, on pourrait invoquer une réinfection. Mais, lorsque la rechute de la scarlatine se montre dans les familles, chez des enfants isolés, il est probable que cette rechute reconnaît la même pathogénie que celle de la fièvre typhoïde: c'est un processus mal éteint qui reprend, c'est un germe qui n'a pas épuisé sa virulence; ce n'est pas une maladie nouvelle qui se déclare.

M. Rendu. — J'ai vu plusieurs faits semblables à ceux que vient de rapporter M. Comby, mais je ne les interprète pas de la même façon. Les exanthèmes scarlatiniformes qui surviennent dans le cours ou dans la convalescence de la scarlatine s'accompagnent le plus souvent d'angine pultacée, et je crois qu'ils sont bien plutôt le fait d'une infection streptococcique que d'une survivance du virus scarlatineux.

M. Le Gendre. — L'interprétation donnée par M. Rendu ne peut pas s'appliquer à tous les cas, car j'ai eu l'occasion d'observer un fait indéniable de scarlatine à rechute.

M. Roger. — Les éruptions sont assez fréquentes au cours de la scarlatine, puisque j'en ai observé 10 cas sur 90 scarlatineux. Le plus souvent ces éruptions n'affectent qu'un rapport très éloigné avec celles de la scarlatine; elles sont passagères, fugaces, etc., et, comme vient de le dire M. Rendu, elles sont en rapport avec une infection streptococcique. Exceptionnellement cependant, on peut observer des éruptions ressemblant de tous points à celles de la scarlatine, mais tant que nous ne connaîtrons pas l'agent pathogène de cette affection, il sera assez difficile de dire s'il s'agit de véritables rechutes.

M. Béclère. — Sans nier la possibilité des récidives de la scarlatine, je crois plutôt, avec MM. Rendu et Roger, que les éruptions qui s'observent au cours de cette maladie sont le résultat d'infections secondaires, car j'ai remarqué que ces éruptions s'observaient surtout dans les scarlatines compliquées d'otites, de pleurésie, etc.

Syphilis cérébro-spinale précoce.

M. Du Cazal relate l'observation d'un malade chez lequel des accidents cérébraux d'origine syphilitique se sont manifestés quatre mois seulement après le chancre initial.

M. Balzer dit avoir observé un cas de paraplégie syphilitique deux mois après le début de l'infection.

M. Ménétrier rapporte l'observation d'un homme chez lequel les accidents sont survenus un mois après le chancre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 mai.

Production de myélites aiguës par toxines streptococciques et staphylococciques.

M. H. Claude. — En inoculant à des cobayes des cultures filtrées de streptocoques et de staphylocoques virulents, l'auteur a vu, chez deux de ces animaux, des myélites à l'évolution rapide et caractérisées: l'une, par une paraplégie spasmodique avec parésie des membres supérieurs; l'autre, par une paraplégie simple.

L'examen anatomo-pathologique donnait les résultats suivants: dans la moelle se voyaient de petits foyers hémorrhagiques. Les leucocythes étaient proliférés et il y avait grande production de cellules interstitielles. Il y avait accumulation de tous ces éléments autour des cellules ganglionnaires, au point de les étouffer, de pénétrer dans leur protoplasma et de les détruire. D'ailleurs, dans les cellules nerveuses qui avaient échappé à cette destruction, se voyaient aussi des altérations telles que désintégration du protoplasma, apparition de vacuoles et modifications de situation et de structure du noyau. Toutes ces lésions siégeaient dans la substance grise; dans la substance blanche, il n'y avait en général rien. Du côté des vaisseaux, il y avait des lésions inflammatoires et même des points thrombosés. Quant aux nerfs, l'auteur n'a rien trouvé d'anormal dans leur examen.

De ces faits, peut se déduire la conclusion suivante: que le staphylocoque et le streptocoque, s'ils jouent souvent un rôle actif dans la pathogénie des myélites, sont capables aussi d'agir sur la moelle par les différentes toxines qu'ils produisent dans le reste de l'organisme, loin de l'axe médullaire lui-même.

Ferments d'oxydation dans quelques sécrétions.

M. P. Carnot a fait des recherches sur la présence de ferments d'oxydation existant dans les différentes sécrétions. C'est surtout dans la salive que l'on trouve ce ferment. Ses caractères principaux sont les suivants: optimum de température à 40°, destruction à 100° seulement. L'alcool et le phosphate de chaux le précipitent.

Quant à l'origine de ce ferment, il ne faut la trouver ni dans les microorganismes, ni dans leurs sécrétions. Il semble provenir des glandes de la muqueuse buccale, du moins chez l'homme. Chez les animaux, le pouvoir oxydant de ce ferment est moindre que chez l'homme; ainsi il est beaucoup plus faible chez le chien, plus faible encore chez le cheval. On n'en trouve même aucune trace dans la salive parotidienne du cheval.

Il faut ajouter encore que le mucus nasal, les sécrétions lacrymales, le sperme contiennent aussi ce ferment, mais en moins grande quantité que la salive.

Par contre, dans l'urine, dans la bile, dans les sécrétions intestinales, on ne le retrouve pas.

Résistance de l'organisme aux longues réfrigérations.

M. Lefèvre a noté les résultats qu'il a constatés dans la température de l'organisme humain plongé pendant trois heures dans l'eau à 25°.

Il a vu une première phase d'excitation, pendant laquelle la température du corps monte de 0° 4, bien que l'économie perde 100 calories.

Quant à la phase de dépression thermogénétique, il a vu qu'elle se montrait dans ce cas plus tard que dans la réfrigération à 15°; le retard était de dix minutes.

Après une heure de réfrigération, une fois la perte ayant atteint 150 calories, la température tombe sous la normale.

La température interne et la température périphérique se fixent vers 36°50 ou 36°60 et la chaleur interne fait équilibre à la chaleur perdue. Le coefficient moyen de résistance reste voisin de l'unité pour la dépasser quand cesse l'expérience.

De l'eucaïne en ophtalmologie.

M. C. Berger explique le mode de l'eucaïne dans les affections oculaires. On instille une goutte de solution d'eucaïne à 1 0/0. Au bout de trois minutes, la sensibilité de la conjonctive devient obtuse; on y instille alors une goutte de la solution à 2 0/0. On

arrive ainsi à éviter la sensation douloureuse que provoquerait cette dernière. Il suffit de deux minutes et demie après la seconde instillation pour que l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée soit complète. Elle dure de dix à dix-huit minutes, et au point de vue anesthésique, on peut dire que l'eucaïne a la même valeur et le même pouvoir que la cocaïne.

De plus, l'eucaïne ne provoque pas de mydriase ni de troubles cornéens. L'auteur donne la préférence à l'association de l'eucaïne avec la cocaïne, obtenue en mélangeant 20 centigrammes de chlorhydrate de chacun de ces corps avec 20 grammes d'eau distillée. Par ce procédé, l'action vaso-dilatatrice de l'eucaïne parvient fort bien à annihiler l'action de la cocaïne, qui resserre les vaisseaux, comme on le sait.

Rôle des capsules surrénales en pathologie.

M. Charrin rappelle qu'il a établi, avec M. Langlois, l'action que les toxines hypocyaniques et diphthériques provoquaient sur les capsules surrénales, en produisant l'hypertrophie, la congestion, les hémorrhagies des capsules surrénales. Il ajoute que des expériences ont également été faites pour montrer le rôle joué par les capsules surrénales au cours de l'infection, et il présente un travail de **M. Petit** touchant ce dernier point de vue de la question.

M. Petit a expérimenté sur les poissons apodes, qui possèdent des capsules surrénales à structure nettement glandulaire, avec acini et culs-de-sac tapissés de cellules glandulaires.

M. Petit, suivant les indications de M. Charrin, a introduit des toxines chez ces animaux. Examinant ensuite leurs capsules surrénales, il a vu la multiplication et la fonte du revêtement, l'excrétion de nombreux produits hors des épithéliums. Ce sont bien là des signes indiquant un travail fort intense et fort actif.

L'orateur est ainsi amené à faire jouer aux capsules surrénales un grand rôle en physiologie pathologique générale, à les faire intervenir dans les processus de réaction de l'économie qui lutte contre les poisons, et surtout les poisons bactériens.

Les capsules surrénales ont donc leur importance dans le mécanisme de l'infection.

M. Petit lit ensuite son travail sur l'action de la pilocarpine, du curare et de la toxine diphthérique sur la glande surrénale.

Existence de leucoplasies et de cancroïdes dans l'appareil urinaire.

M. Hallé. — Lorsque l'appareil urinaire est enflammé d'une façon chronique, on peut, dans certains cas, observer, sur la muqueuse de la vessie, des uretères et des bassinets, l'existence d'un revêtement pavimenteux corné à caractères épidermiques complets ou incomplets, distribué en plaques disséminées ou sur une grande étendue de la muqueuse.

Rokitansky signala le premier cette lésion; on l'a rarement observée depuis cette époque, et l'orateur n'en a rencontré que sept cas. Il croit qu'on peut la diagnostiquer par la présence des produits de desquamation épithéliaux dans le sédiment urinaire. Il propose, par analogie avec les lésions buccales de même ordre, d'appeler celles-ci des leucoplasies urinaires.

De cette lésion, il faut rapprocher l'épithélioma lobulé, corné, à globes épidermiques, lésion néoplasique. Cette dernière affection est assez fréquente dans la vessie; elle est facile à diagnostiquer par les fragments spéciaux qu'elle laisse tomber dans l'urine. Il est bon de distinguer ce genre de lésions des autres néoplasmes vésicaux sous le nom de cancroïdes urinaires.

L'orateur croit qu'à la vessie, comme à la bouche, la leucoplasie peut dégénérer en cancroïde, s'appuyant, pour avancer ce fait, sur des arguments cliniques et anatomiques et sur ce que, dans une même vessie, il a observé la leucoplasie et le cancroïde simultanément.

Enfin, M. Hallé montre que dans les deux cas l'on voit des productions épithéliales à caractères ectodermiques sur des muqueuses regardées comme de provenance endodermique, ce qui est un fait fort intéressant au point de vue embryologique.

M. Mathias Duval insiste sur ce dernier aspect de la question. Il rappelle que l'on n'ignorait pas la possibilité pour les épithéliums d'origine endodermique et exodermique de se copier l'un l'autre. Mais M. Hallé a montré de plus la transformation de l'épithélium des bassinets et de l'uretère, d'origine mésodermique, ce qui prouve que tous les épithéliums, de quelque origine qu'ils soient, peuvent avoir des caractères identiques.

Valeur nutritive du lait stérilisé.

M. Rodet, pour se rendre compte de la valeur nutritive du lait stérilisé, a nourri de jeunes animaux en croissance exclusivement avec du lait cru ou bouilli, et a déterminé l'accroissement de leur poids absolu et par rapport à la quantité de lait qu'ils prenaient. Il a vu que le rapport de l'accroissement absolu au volume quotidien de lait est de beaucoup supérieur pour le lait bouilli. En effet, le lait soumis à la température de l'eau bouillante a une valeur nutritive supérieure à celle du lait cru.

Note sur un cas d'ataxie.

M. J.-B. Charcot communique l'observation d'un ataxique chez lequel la maladie s'est déclarée comme premier symptôme par l'amaurose. Le malade était déjà atteint de son affection et de son amaurose depuis neuf ans, lorsque le signe de Romberg est subitement apparu. Le traitement approprié, consistant dans la suspension, l'a fait disparaître progressivement. De plus, le malade n'a jamais eu d'incoordination motrice ni d'insensibilité plantaire.

MM. Fabre-Domergue et **Biétrix** déposent une note *sur les œufs et les alevins de la sardine dans les eaux de Concarneau.*

M. Raillet lit un travail sur les *variations morphologiques des strongles de l'appareil digestif et sur un nouveau strongle du dromadaire.*

M. Beille dépose un travail *sur l'appareil urticant des chenilles processionnaires du pin maritime.*

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 15 AU 20 JUIN 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 juin, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

A 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Reynier, Tuffier, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Marchand, Retterer, Walther. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Reclus, Rémy, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Monod, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Ricard, Lejars. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Potain, Hayem, Widal.

Mardi 16 juin, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Le Dentu, Poirier, Quénu. — 2e Oral (1re partie) : MM. Berger, Rémy, Thiéry. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Gilbert, Achard. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Laboulbène, Cornil, Charrin. — 4e : MM. Proust, Dieulafoy, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Campenon, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Duplay, Polaillon, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Marie, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Roger.

Mercredi 17 juin, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Reclus, Broca. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Reynier, Retterer, Sebileau. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Rémy, Lejars, Poirier. — 4e : MM. Pouchet, Joffroy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Mo-

nod, Ricard, Delbet. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Grancher, Gaucher.

Jeudi 18 juin, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Panas, Palaillon, Thiéry. — 2e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Rémy, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Grancher, Gley, Wurtz. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Le Dentu, Bar, Albarran. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Duplay, Maygrier, Hartmann. — 3e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Letulle. — 4e : MM. Cornil, Pouchet, Thoinot.

Vendredi 19 juin, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Broca, Varnier.

A 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Rémy, Delbet, Sebileau. — 4e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Reynier, Marchand, Thiéry. — 4e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Reclus, Poirier, Retterer. — 4e (2e partie) : MM. Straus, Gariel, Heim. — 3e (2e partie) : MM. Landouzy, Gilles de la Tourette, Wurtz. — 4e : MM. Pouchet, Netter, Gaucher. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Monod, Lejars, Walther. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Thoinot.

Samedi 20 juin, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Berger, Poirier, Thiéry. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Campenon, Nélaton. — 2e (2e partie) : MM. Dieulafoy, Marie, Letulle. — 4e : MM. Pouchet, Chantemesse, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Duplay, Palaillon, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Le Dentu, Quénu. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Cornil, Marfan, Ménétrier. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Hutinel, Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Gley.

Thèses de doctorat

Mercredi 17 juin, à 1 heure. — *M. Rabbe* : Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona (MM. Potain, Landouzy, Widal, Gilles de la Tourette). — *M. Schweisguth* : De l'emphysème chez les tuberculeux (MM. Landouzy, Potain, Widal, Gilles de la Tourette). — *M. Beanat* : Etude sur l'empoisonnement par l'acide phénique (MM. Straus, Pinard, Marchand, Chassevant). — *M. Hardouin* : Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide (MM. Pinard, Straus, Marchand, Chassevant). — *M. Béclu* : Du rôle et de l'importance des sels minéraux dans l'organisme; thérapeutique minérale (MM. Laboulbène, Joffroy, Marie, Charrin).

Jeudi 18 juin, à 1 heure. — *M. Perdriat* : Des érythèmes infectieux prolongés; érythèmes scarlatiniformes (MM. Laboulbène, Joffroy, Marie, Charrin). — *M. Bechkolm* : Recherches bibliographiques, statistiques et cliniques sur les maladies mentales d'origine traumatique (MM. Joffroy, Laboulbène, Marie, Charrin). — *M. J. Darand* : Les auras dans l'épilepsie (MM. Joffroy, Laboulbène, Marie, Charrin). — *M. Barbier* : De l'insuffisance fonctionnelle des valvules du cœur (MM. Raymond, Berger, Nélaton, Roger). — *M. Vallée* : La ponction sacro-lombaire (MM. Raymond, Berger, Nélaton, Roger). — *M. Beninson* : Contribution à l'étude des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus (MM. Berger, Raymond, Nélaton, Roger). — *M. Chancerel* : Influence hygiénique des végétaux sur le climat et leur action spéciale sur la malaria et la tuberculose (MM. Proust, Debove, Netter, Achard). — *M. Flammarion* : Etude sur la maladie hydatique et kystes hydatiques du cerveau (MM. Debove, Proust, Netter, Achard).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Exercices de dissection.

A partir du 1er novembre 1896, les *étudiants de 2e année de dissection* seront appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1896, à la Faculté de médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'études : 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 31 octobre 1896, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

Pour 1896-97, le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le vendredi 30 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Les *étudiants de 1re année de dissection* seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté.

Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études, demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription.

Les étudiants, appelés sous les drapeaux en 1896-97, sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. de Saint-Germain, 16; Lesage, 18; Triboulet, 16; Sallard, 15; Laffitte, 17; Brodier, 17; Boulloche, 19; Belin, 18; Claisse, 17; Caussade, 15; du Pasquier, 13; Auscher, 12; G.-C. Lion, 17; Courtois-Suffit, 18; Legry, 18; Souques, 19; Parmentier, 19; Lamy, 17; Pignol, 16.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Mauclaire, 28; Demars, 19; Jayle, 23; Guillemain, 27; Glantenay, 25; Genouville, 23; Souligoux, 26; Wassilieff, 22; Delbet, 22; Clado, 25; Chevalier, 28.

Concours pour le clinicat.

Un concours pour les emplois vacants ci-dessous de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 29 juin 1896.

Il sera pourvu aux nominations suivantes :

Clinicat médical. — Deux chefs de clinique titulaires et deux chefs de clinique adjoints.

Clinicat chirurgical. — Un chef de clinique titulaire et deux chefs de clinique adjoints.

Clinicat des maladies des enfants. — Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Clinicat de maladies cutanées et syphilitiques. — Un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 21 juin 1896.

Sont admis à concourir : 1° Pour le clinicat chirurgical : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de 38 ans au jour de l'ouverture du concours; 2° pour les autres emplois vacants de chefs de clinique ci-dessus désignés : tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de 34 ans au jour de l'ouverture du concours.

ACTES OFFICIELS

Par décret, M. Bouchard (de Paris) est nommé, pour quatre ans, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente dudit Conseil.

Par décret, M. Brouardel (de Paris), délégué des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'instruction publique, est nommé, pour quatre ans, membre de la section permanente dudit Conseil.

Par arrêté du ministre de l'intérieur, à titre transitoire et par application de l'article 17 du décret portant règlement de police sanitaire maritime (Voir *Gazette Médicale* du 15 février 1896), les médecins français, docteurs en médecine ou officiers de santé, pouvant justifier qu'ils ont rempli au cours des cinq années qui ont précédé le décret du 4 janvier 1896, les fonctions de médecin sanitaire à bord des navires pendant une durée d'au moins six mois, consécutifs ou non, sont admis à rembarquer en la même qualité, sous la réserve de se conformer aux prescriptions contenues dans le titre III dudit décret.

Ces médecins ne peuvent porter le titre de *médecin sanitaire*

maritime, institué par l'article 15. Ils sont inscrits sur nn tableau provisoice d'après la proposition des directenrs de la Société et l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène.

Le certificat qui lenr est délivré doit être visé lors de chaque emharquement nouveau par le directeur de santé.

Chemin de fer d'Orléans.

BAINS DE MER DE BRETAGNE

Billets d'aller et retour à prix réduits valables pendant 33 jours.

Les billets de Bains de mer sont délivrés immédiatement à Paris. à la gare d'Orléans, quai d'Austerlitz, dans les Bureaux-Succur sales de la Compagnie ainsi que dans les agences de voyage.

Les gares ci-après, points de transit avec la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée :

Montargis, Malesherbes, Gien, Saincaize, Moulins, Gannat, Clermont-Ferrand, sont munies de hillets aller et retour pour les plages de la Bretagne.

En conséquence, les voyageurs en provenance du réseau de Lyon et en destination de ces plages trouveront, à leur passage aux gares de transit énumérées ci-dessus, les hillets de Bains de mer qu'ils peuvent désirer.

Il est également délivré des hillets de Bains de mer à toutes les gares et stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

NOTES POUR L'INTERNAT

DU ZONA

Définition.

Terme à synonymie très variée :

Feu sacré, feu de Saint-Antoine, ceinturon sacré, dartre phlycténoïde en zone, herpès zoster (de ερπω, je rampe et de ζοστερ, petite ceinture), le zona est une affection prohablement épidémique, non encore démontrée contagieuse, ni spécifique, caractérisée par une éruption de placards érythémateux surmontés de vésicules ; à localisations particulières, semhlant suivre *plus ou moins exactement* le trajet des troncs nerveux et très prohablement en rapport non seulement avec une lésion des ganglions rachidiens « mais encore une lesion spinale » (Brissaud).

D'après cette définition, déduire le *plan* : Historique, étiologie, symptomatologie, formes, diagnostic, pathogénie.

Historique.

Trois époques distinctes :

La première : Purement dermatologique, de Hoffmann (1730) à Alibert (1822).

Zona confondu avec toutes les affections de la peau et particulièrement avec l'érysipèle. Dans le groupe des affections vésiculeuses (Willan et Bateman).

La deuxième : De 1851 à nos jours.

Intervention du système nerveux avec Romberg, Parrod, mais surtout Barensprung, Charcot et Cotard, Pitres et Vaillard, les uns plaidant pour la lésion ganglionnaire rachidienne, les autres pour la névrite périphérique.

La troisième : Toute contemporaine ; reposant sur la pathogénie métamérique, théorie hrillamment soutenue par Brissaud, où l'on voit la lésion spinale prendre place à côté de la lésion ganglionnaire.

De cet historique tirer cette conclusion :

C'est que du cadre nosologique dermatologique le zona a passé complètement dans le cadre neuropathologique.

Symptomatologie.

1° Type classique normal.

Zona intercostal.

A. Début.

a) Par état général seul : Frisson, fièvre, inappétence, vomissements, courhature généralisée.

b) Par état local seul : L'éruption pouvant être ou non précédée de douleurs.

B. Période d'état.

Deux symptômes primordiaux.

a) Doulenr.

b) Eruption.

A. Douleur.

Son siège :

Au niveau de la face latérale du thorax, avec irradiations dans 3 on 4 espaces intercostaux.

Ses caractères :

Tantôt snperficielle avec sensations de cuisson et de chaleur intenses; tantôt moins intense, mais continue avec périodes intolérahles d'exacerhation.

Ses variations :

Réveillée très douloureusement par le moindre frôlement, la chemise, le drap du lit, exaspérée par la pression digitale au niveau des 3 points de Valleix :

1er point vertébral :

Emergence de la racine rachidienne postérieure ;

2° Point axillaire :

Division du nerf intercostal en hranche superficielle et profonde.

3° Point médian antérieur :

Epanouissement du nerf intercostal.

Ses conséquences :

Toux difficile. Marche parfois impossible. Immohilisation du thorax du côté lésé. Incurvation de ce thorax, de façon à protéger de tout contact les parties atteintes.

B. Eruption.

Cinq stades dans cette éruption :

a) Plaques érythémateuses distantes les unes des autres et séparées par des intervalles de peau saine, ovales ou allongées à grand diamètre horizontal.

Durée : quelques heures à peine. C'est la *macule érythémateuse.*

b) A la macule succède la papule, petit grain miliaire à regarder à jour frisant.

Durée : quelques heures.

c) Puis vésicules du volume d'une tête d'épingle ou d'un petit pois, vésicules transparentes à reflets brillants et perlés. Liquide clair et citrin.

Durée : 3 à 5 jours.

d) Période de confluence. Vésicules s'ouvrent les unes dans les autres et forment des hulles.

Durée : 1 à 3 jours.

e) Liquide devient trouble, légérement purulent, vésicule se crève, s'aplatit, se flétrit, petite croûtelle noirâtre se forme.

Ces plaques érythémateuses sont au nombre de 5 à 20; elles apparaissent non simultanément, mais successivement, des régions postérieures vers les régions antérieures; les vésicules naissent également par poussées successives sur chaque placard.

L'orientation de l'éruption se fait souvent, non pas suivant un trajet parallèle, mais suivant un trajet oblique à la direction des nerfs intercostaux.

Symptomes accessoires.

Vésicules aberrantes (Tennesson). Adénopathies de Barthelemy (ganglions correspondant à la région lésée). *Troubles de la sensibilité :* anesthésie ou hyperesthésie, se rencontrant côte à côte le plus souvent, et pouvant même, rarement il est vrai, siéger sur le côté sain correspondant.

Terminaison.

Chute de la petite croûtelle, mais à la suite, pigmentations hrûnâtres, persistant plus ou moins longtemps, parfois vergetures (Barié).

Evolution du type chronique (zona intercostal).

3 à 4 jours pour la période de déhut, 6 à 10 jours pour la période d'état, 4 à 5 jours pour la période de terminaison; en somme, 14 à 15 jours pour la durée totale de la maladie.

2° Formes :

A. Suivant la virulence du contage présumé :

1° Vers le type bénin :

Peu d'intensité de l'état général. Avortement de l'état local, placards restant à la phase érythémateuse.

2° Vers le type malin :

Forme hémorrhagique : Aspect purpurique, lie de vin de la base vésiculaire avec liquide inter-vésiculaire noirâtre.

Forme gangreneuse : Petite escbare noirâtre dans chacune des vésicules, pouvant entraîner vastes ulcérations, avec cicatrices chéloïdiennes (Mangeot).

B. Suivant la localisation.

1° Gonn du trijumeau :

a) Ophtalmique (Roger-Cazeneuve-Traube) :

Par le nasal : Vésicules sur l'aile externe du nez et sur la muqueuse pituitaire, d'où hypersécrétion nasale. (Coryza spécial.)

Par le frontal : Eruption sus-orbitaire. 1/3 interne du front, paupière supérieure, racine du nez.

Par le lacrymal : Sécrétion exagérée de la glande lacrymale. Epiphora.

Par le ganglion ophtalmique et les nerfs ciliaires : Trouhles trophiques ou troubles anesthésiques (Besnier) au niveau de la cornée d'où : photophohie, injection périkératique; ulcérations possibles, perforations et fonte purulente de l'œil.

A noter pour ce zona l'intensité extrême des douleurs névralgiques, persistant même après la guérison.

b) Du maxillaire supérieur :

Vésicules sous-orhitaires par les branches de terminaison. Possibilité de vésicules sur les amygdales, le voile du palais, par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin et des nerfs palatins.

c) Du maxillaire inférieur :

Vésicules au niveau du trou mentonnier par les branches d'épanouissement. Possibilité également de vésicules au niveau de la face interne des joues par le *dentaire inférieur* et les deux tiers antérieurs de la langue par le *lingual*.

A discuter les rapports de l'herpès labial pneumonique, par exemple, ou de certaines angines herpétiques avec le zona.

Unité pour Barensprung. Dualité pour l'école française et Hébra. En effet, contre l'identification des deux affections : hilatéralité, indolence, récidive de l'herpès labial, au contraire du zona.

2° Zona du plexus cervical.

α Branches ascendantes :

Conque, lobule de l'oreille, région occipitale.

β Branches descendantes :

Cervico sub-claviculaire.

3° Zona cervico-brachial.

Plexus brachial.

4° Zona dorso-pectoral.

C'est le zona intercostal, le type classique.

5° Zona dorso-abdominal.

Occupe les dernières paires dorsales.

6° Zona lombo-inguinal.

Grand abdomino et petit abdomino-génital (plexus lombaire).

7° Zona lombo-fémoral.

Génito-crural, crural, obturateur (branches inférieures du plexus lombaire).

8° Zona sacro-ischiatique.

Rameaux cutanés du plexus sacré. Fréquence de la localisation sur le nerf honteux interne : zona génital.

C. Suivant l'âge :

Enfants :

Bénignité des accidents généraux et des accidents locaux. Indolence relative de l'éruption.

Adultes :

Accidents généraux souvent prononcés. Eruption bien nette. Douleur névralgique concomitante.

Vieillards :

Intensité de la douleur avant, pendant et surtout après l'éruption. Persistance des troubles de la sensihilité.

D. Suivant le terrain.

Chez les tuberculeux (Rendu, Arnaud) :

A la période de début, provoqué par toxines du bacille de Koch.

A la période de cavernes, provoqué par contiguïté de tissus (névrites périphériques). plutôt éruption zostériforme.

Chez les diabétiques (Vergely) :

Tendance immédiate à la forme ulcéreuse, puis gangreneuse.

Diagnostic.

Avant l'éruption.

Avec névralgie intercostale, avec pleurite diaphragmatique.

Pendant l'éruption.

Avec syphilides miliaires mais ananèses, plaques concomitantes ; eczéma nummulaire, érythèmes vésiculeux, mais forme des vésicules et évolution.

Après l'éruption.

Diagnostic des cicatrices pigmentées avec de la syphilis pigmentaire, ou certains cas de lichen plan.

Songer pour le zona ophtalmique à l'érysipèle de la face, notion du bourrelet périphérique, frisson, fièvre intense.

Enfin, résoudre le problème de zona vrai; ou d'éruption zostériforme, c'est-à-dire faire le diagnostic de la lésion centrale ou de lésion périphérique.

En faveur de la seconde, vésicules plus nombreuses et surtout se reproduisant par poussées subintrantes, et laissant à leur suite ulcérations fréquentes.

Pronostic.

Se tire de l'*âge*, du *siège* de la *lésion* et du *terrain*. Croît en gravité avec l'âge, avec la localisation ophtalmique, avec le terrain diabétique.

Etiologie.

Le zona est-il épidémique ?

Oui. Notion d'épidémicité (dans les mois de mai, juin, juillet).

Est-il contagieux ?

Oui, d'après cersains auteurs (Walther, cas des 3 étudiants), (Landouzy); non, d'après d'autres (Hardy, Matignon, Grindon, Brissaud).

Est-il spécifique ?

Le hacille ou microbe n'est pas encore démontré.

Anatomie pathologique.

Lésions cutanées. — Prolifération rapide de tous les éléments de la couche de Malpighi, congestion intense des papilles, infiltration de cellules embryonnaires.

Lésions nerveuses. — Au niveau des *ganglions rachidiens*, altérations parenchymateuses ou interstitielles. Au milieu des *nerfs périphériques*, lésions de névrite péri-axile surtout. Au niveau de la *moelle*, lésions probables, mais qui échappent aux moyens actuels d'investigation.

Pathogénie.

a) Théorie vaso-motrice (Eulenburg).
b) Théorie des nerfs trophiques (Samuel).
c) Théorie de l'action trophique des nerfs sensitifs (Mayet).
d) Théorie de la névrite périphérique (Pitres, Vaillard).
e) Théorie de la lésion du ganglion rachidien.
f) Théorie de la lésion spinale.
(Métamérie spinale de Brissaud).

« Le zona est tributaire d'un étage déterminé de la moelle et non pas d'un seul ou de plusieurs ganglions. »

Ath. S.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 25 20 Juin 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(*Suite.*)

3° La tunique celluleuse.

L'aponévrose du grand oblique de l'abdomen se retrouve dans les bourses sous le nom de tunique celluleuse ou fibro-celluleuse. Quand je dis aponévrose du grand oblique, j'entends parler de cette lamelle conjonctive lâche, mince, terne, friable, qui est appliquée sur la face antérieure du muscle [aponévrose d'enveloppe de Richet (1) et de Guyon (2)] et non pas de cette vaste plaque fibreuse, épaisse, nacrée, dense et forte, qui forme le large tendon du muscle [aponévrose d'insertion de Richet et de Guyon] et que, par un abus de langage très malheureux, presque tous les auteurs appellent précisément l'aponévrose du grand oblique.

(1) A. Richet : *Loco citato*, p. 759.

(2) P. Guyon : Article *Aine*, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. II, p. 230. Chez Masson, Paris, 1865.

Barrois (1) et, avec lui, Charpy (2) considèrent cette toile conjonctive des bourses comme l'homologue de l'assise cellulo-graisseuse sous-cutanée : c'est là, à mon sens, une erreur : rien, en effet, ne justifie une pareille interprétation et je la combats, à l'exemple de Wertheimer (3). D'abord, on peut suivre facilement la continuité de cette tunique celluleuse des bourses avec le revêtement aponévrotique du grand oblique ; ce revêtement du grand oblique, très lâche dans la partie supérieure du muscle, devient plus dense au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal, où il prend le nom de *fascia de Cooper*, et se continue, d'une façon très évidente, sur le cordon spermatique. Et puis, comment admettre l'homologie du tissu cellulaire sous-cutané qui, sur le ventre, est souvent compact, massif et chargé de graisse, avec cette tunique fibro-celluleuse, qui est lâche, filamenteuse, lamelleuse et friable ? Au reste, et Charpy (4) le fait remarquer lui-même, les insertions du dartos sur les branches ischio-pubiennes établissent, entre le tissu sous-cutané de la cuisse et l'enveloppe celluleuse des bourses, une démarcation tout à fait tranchée et qui est comme la preuve de leur indépendance réciproque.

Je sais bien que J. Cloquet (5), dans son très remarquable mémoire sur les hernies de l'abdomen, signale, lui aussi, la continuité du fascia superficialis avec la tunique celluleuse des bourses ; mais il est facile de se convaincre, en lisant la description de cet auteur, qu'il y a là une simple confusion de mots. Ce que décrit Cloquet sous le nom de fascia superficialis, c'est bien l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique, « cette membrane fine qui recouvre le muscle », mais non point le vrai fascia superficialis, et Cloquet montre, précisément, de quelle façon cette aponévrose « se porte sur le cordon, lui donne une gaine celluleuse et l'accompagne jusqu'au fond du scrotum, si mince et si diaphane qu'on peut voir, à travers, les fibres du muscle crémaster ».

J'ai déjà dit pourquoi le tendon du muscle grand oblique n'avait pas son représentant dans les enveloppes du testicule : trop dense pour être refoulé par la glande qui accomplissait sa migration, il a été troué par elle. Mais

(1) Th.-C. Barrois : *Loco citato*, p. 12.

(2) Adr. Charpy : *Loco citato*, p. 113.

(3) E. Wertheimer : *Loco citato*, p. 525.

(4) Adr. Charpy : *Loco citato*, p. 113.

(5) Jules Cloquet : *Recherches sur les hernies de l'abdomen*, p. 10. Chez Méquignon-Marvis, Paris, 1817.

ceci demande une explication. Des auteurs pensent, Sappey (1), par exemple, que cette perforation précède la descente du testicule, que le canal inguinal est préformé, et que deux faisceaux du gubernaculum, alors que ce testicule est encore dans le ventre, « sortent par l'anneau du grand oblique pour s'insérer à l'épine du pubis et au fond du scrotum ». Sur les fœtus âgés de moins de cinq mois, j'ai toujours vu — et Braman (2) avait vu avant moi — que le tendon du grand oblique est mince et transparent, mais non point interrompu dans la zone où se creusera plus tard l'orifice extérieur du canal inguinal. Ce qu'on voit chez les avortons de cette époque, le voici : Sous la face profonde du grand oblique, sont étalés le petit oblique et le transverse, qu'il est difficile de séparer l'un de l'autre. C'est sous le bord inférieur de ces muscles que s'engage le gubernaculum, dont l'extrémité renflée, blanchâtre et gélatineuse semble se confondre avec eux, ou se perdre, au-dessous de leurs dernières fibres, dans le tissu cellulaire de la région, mais qui, très certainement, ne perfore point, pour aller s'épanouir dans le fond du scrotum, la barrière que lui oppose le grand oblique. Sappey, réfutant la théorie de Carus, a pu cependant, non sans quelque raison, dire du testicule « qu'il enfonçait une porte ouverte » ; mais ici, il faut s'entendre. Il n'est point exact, comme je viens de le dire, que cette porte soit ouverte dans le cours des premiers mois de la vie fœtale ni, par conséquent, que le gubernaculum la traverse à cette époque. Seulement, peu à peu, l'extrémité inférieure de celui-ci s'allonge, écarte l'un de l'autre deux faisceaux tendineux du grand oblique et, vers le cinquième ou le sixième mois, émerge du plan musculo-tendineux, pour s'épuiser alors, non pas (ainsi que les auteurs ont accoutumé de l'écrire) dans le scrotum, mais bien sur l'aponévrose du grand oblique et dans le tissu cellulaire qui la recouvre. Le canal inguinal est désormais formé et le testicule, attiré par le gubernaculum, n'aura bientôt plus, si besoin est, qu'à « jouer des coudes » pour franchir l'orifice, sur les deux piliers de son orifice extérieur. Si donc on tient à dire que celui-ci est préformé, — et je n'y vois pas grand mal, — il faut ajouter aussi que cette formation préexiste de peu de temps au moment où le testicule doit s'engager dans l'orifice. Je reviendrai, du reste, sur cette question des insertions inférieures du gubernaculum.

4° Le muscle crémaster strié.

Le muscle petit oblique et le muscle transverse sont représentés dans les bourses par le muscle crémaster externe ou crémaster strié (κρεμάω, je suspends). Celui-ci forme une couche discontinue que beaucoup d'anatomistes dénomment tunique érythroïde (ἐρυθρός, rouge; εἶδος, apparence) et que Paul d'Egine, dit Jullien (3), appelait *capreolaris*, sous prétexte « qu'elle ressemble aux jeunes pousses des plantes grimpantes ». Vésale et plusieurs des

(1) Ph.-C. Sappey : *Loco citato*, p. 606.

(2) F. Braman, traduit par F. Tourneux et G. Hermann : Article *Testicule* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 3e série, t. XVI, p. 662, chez Masson, Paris, 1886; — et par Paul Bezançon, in *Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge*. Th. in Paris, 1892, n° 231, p. 9. Chez Steinheil.

(3) L. Jullien : *Loco citato*, p. 756.

anatomistes qui lui ont succédé disaient tout simplement : « muscle du testicule ». C'est Riolan, rapporte A. Portal (1), qui l'a baptisé « crémaster ». On a beaucoup écrit, et, naturellement, beaucoup discuté sur ce crémaster. Voici son assez curieuse histoire :

A. L'histoire du crémaster.

Les anatomistes du XVIIe siècle avaient remarqué et écrit que les testicules du fœtus sont situés dans la cavité abdominale, mais aucun d'eux ne s'était attaché à étudier le mécanisme du transport de ces testicules dans le sac scrotal et n'avait songé à interpréter par des troubles de cette migration la pathogénie de certaines hernies inguinales. Henri Smetius (2), entre autres, avait trouvé le scrotum vide chez un fœtus de quatre mois. Après lui, ce pendant qu'Antoine Nuck (3) constatait que sur quelques femmes le péritoine se prolonge, sous forme de canal, jusque dans les grandes lèvres, Jean Riolan (4), William Harvey (5), Gérard Blaes [Blasius] (6), Alexis Littre (7), avaient observé les mêmes faits, mis en éveil, peut-être, par les affirmations des naturalistes de l'époque grecque et romaine, Arioste, Galien, Pline l'Ancien, qui avaient vu, dit Lassus (8), que « dans quelques espèces quadrupèdes, les testicules sont cachés dans le ventre au-dessous et près des reins ». Sarrazin (9), médecin de Québec, avait remarqué « que sur le rat musqué du Canada, les testicules sont situés pendant l'été hors du ventre, à côté de l'anus, et que, pendant l'hiver, les bourses et les testicules s'élèvent, rentrent dans le ventre et s'approchent des reins ». Hermann Boerhaave (10), enfin, avait constaté la présence des testicules dans l'abdomen d'un fœtus de sept mois, et l'on peut lire dans les *Prælectiones* du fameux médecin de Leyde, le nom des savants qui, avant lui, avaient, à sa connaissance, observé la même disposition.

C'est Jean Méry (11) qui, fort de ses connaissances en anatomie comparée, montra, le premier, comment l'épiploon peut, dans une hernie congénitale, descendre dans le scrotum et adhérer aux vaisseaux spermatiques. Et c'est seulement cinquante ans plus tard qu'Albert Hal-

(1) Ant. Portal : *Cours d'anatomie médicale* ou *Eléments d'anatomie de l'homme*, t. II (myologie), 1re partie, 2e classe, 3e section, p. 171. A Paris, chez Baudouin, an XII (1803).

(2) H. Smetius : *Miscellanea medica in libros duodecim digesta*. Francofurti, 1611, lib. X.

(3) Antoine Nuck : *Adenographia curiosa et uteri fœminei anatome nova*. Leyde, 1692.

(4) Jean Riolan : *Anthropographia ex propriis et novis observationibus collecta*. Paris, 1618, livre VI, dernier chapitre, cité par Lassus.

(5) William Harvey : *Harvey gener. anim. exercitationes*. Londini, 1654, cité par Lassus.

(6) Gérard Blaes : *Observ. anat. in homine*. Lugduni Batav., 1674, p. 7, cité par Lassus.

(7) Alexis Littre : *Sur un fœtus humain monstrueux*. In Mémoires Académie des Sciences, 1709, p. 9.

(8) M. Lassus : *Essai ou discours anatomique et critique sur les découvertes faites en anatomie par les anciens et les modernes*, p. 4, 59, 252. Chez Lambert et Baudouin, Paris, 1783.

(9) Sarrazin : In Mémoires Académie des Sciences, 1725, cité par M. Lassus.

(10) Hermann Boerhaave : *Prælectiones Acad.* Trad. franç. de La Mettrie. 2 vol., part. I, p. 293, Paris, 1743.

(11) Jean Méry : Mémoires de l'Académie des Sciences, 1701, p. 282.

ler (1), célèbre disciple de Boerhaave, après avoir étudié les rapports du testicule fœtal avec le péritoine et les viscères de l'abdomen, tenta à nouveau d'expliquer la descente de la glande génitale, montra l'existence du gubernaculum testis et ébaucha une application chirurgicale de ces faits anatomiques. A vrai dire, A. Haller se méprit sur les causes et l'époque de la migration testiculaire et n'en donna qu'une description très vague et très imparfaite: « J'ai vu, dit-il, sur des fœtus, même sur des fœtus âgés, que le scrotum était vide et que les testicules étaient enfouis dans une toile celluleuse de la région lombaire, tout près des reins; ainsi sont-ils disposés chez les oiseaux et quelques autres animaux dépourvus de scrotum. Les testicules descendent peu à peu; au bout d'un temps encore mal défini, ils arrivent dans le scrotum, toujours placés derrière le péritoine, et même, à la fin de leur migration, sous lui. Les causes de leur descente me paraissent résider dans les efforts respiratoires et dans la puissante contraction des muscles abdominaux. Sur deux fœtus, les testicules m'apparurent situés sous les reins, à la partie supérieure de l'os iliaque, entourés de leur albuginée rougie par les vaisseaux qui la parcourent, et flanqués de leur épididyme. Chaque testicule était placé à la partie supérieure d'une gaine cylindrique, dans laquelle il n'avait pas encore pénétré, de telle sorte que ce testicule, qui est situé, chez le fœtus âgé, en dehors de la cavité péritonéale, était positivement enfoui dans cette même cavité qui contient les intestins, tout à fait à l'embouchure de sa gaine cylindrique, creuse, vide, longue d'un doigt, annexée à l'os pubis, et qu'on peut considérer comme son ligament-suspenseur. Ainsi s'éclaire, si je ne m'abuse, l'histoire de la pathogénie des hernies congénitales ». Et Haller montra aussi comment, « après la naissance, toute communication cesse entre la cavité du ventre et celle des bourses, détruisant, après Frédéric Ruysch (2), cette erreur qu'avaient commise, avant eux, André Vésale, Gabriel Fallope, Pierre Franco, Antoine Nuck, lesquels avaient conclu de leurs études sur les animaux que l'homme adulte possède un long canal péritonéal étendu de la région lombaire au scrotum.

Mais c'est vraiment aux frères Hunter [John et William (3)] que revient tout l'honneur des notions relativement précises qui sont aujourd'hui les nôtres, sur le mécanisme de la migration testiculaire. Ils ont, en effet, découvert le gubernaculum testis et montré que, pour accomplir sa descente, la glande génitale obéit aux tractions exercées sur elle par ce gubernaculum attaché, d'une part, dans la région du pli de l'aine et de l'autre, au pôle inférieur du testicule fœtal. On peut lire encore les mémoires de John Hunter (4); depuis le jour où ils ont été publiés (1762 et 1806), rien de plus parfait n'a été écrit sur le sujet.

Malheureusement, cette merveilleuse découverte [il est juste de dire qu'à la même époque (1762), Pet. Camper, en Allemagne, décrivait aussi le gubernaculum sons le nom de cylinder] compliqua les choses et jeta le trouble dans les descriptions de l'appareil crémastérien. Avant les travaux des frères Hunter, les anatomistes ignoraient le gubernaculum testis: aussi dressaient-ils d'une façon très simple, sans s'inquiéter de leur origine ni de leur signification, la topographie des deux petits faisceaux musculaires rouges qu'ils avaient vus se détacher du bord inférieur des muscles abdominaux ponr se porter, en s'épanouissant, sur les enveloppes profondes du testicule; à ces faisceaux ils donnaient simplement le nom de muscle crémaster. Mais après les publications des frères Hunter, quand le gubernaculum fut connu, les anatomistes s'attachèrent à l'étude des relations qui pouvaient exister entre ce nouvel appareil et l'appareil crémastérien. Qu'était le crémaster de l'adulte par rapport au gubernaculum du fœtus? A cet endroit, il faut bien le dire, le mémoire de John Hunter n'était pas très explicite; il l'était même assez peu pour que, bien des années plus tard, un savant auteur français, Charles Robin, qui, sans doute, avait lu trop vite, fit dire à l'anatomiste anglais tout le contraire de ce qu'avait dit celui-ci. Bref, la question n'était pas résolue; les descriptions s'embrouillèrent... Et aujourd'hui le procès reste encore pendant. Voyons donc les phases de cette curieuse histoire.

1. La période pré-huntérienne

Les anatomistes qui écrivirent sur le crémaster avant l'apparition des travaux des frères Hunter peuvent être classés en trois catégories :

a) Les uns ont considéré le crémaster comme absolument indépendant.

b) Les seconds l'ont décrit tout à la fois comme un muscle autonome par quelques-uns de ses faisceaux et tributaire par quelques autres de la sangle musculaire de l'abdomen.

c) D'autres, enfin, en ont fait un petit appareil entièrement annexé aux muscles de la ceinture ventrale.

1° *Le crémaster est un muscle indépendant.* — Parmi les premiers, je signalerai Ambroise Paré (1) : « Davantage tu entendras que les muscles suspensoires ou crémastères sont de même substance que les autres, fort petits et grêles, de figure oblique et large, sortant de la membrane du péritoine, qui eslèvent en haut lesdits testicules d'un mouvement obscur. La composition desdits muscles est telle que des autres; et sont deux de chaque côté, situés depuis les extrémités des îles jusques aux testicules, ayant connexion avec l'apophyse du péritoine desdits testicules. » C'est aussi l'opinion de Philippe Verheyen (2) : « Huic tunicœ adnacitur musculus cremaster seu suspensorius, ortum habens a ligamento ossis ilii; hie museulus super testiculum expansus, illum quadantenus investit. »

2° *Le crémaster est un muscle à la fois autonome et tributaire de la sangle abdominale.* — Au premier rang des seconds, se place le célèbre Jacques Winslow (3) : « Le

(1) Alb. Haller, *Alberti Halleri : Opascula pathologica*, p. 54. Chez Bousquet, Lausanne, 1755.

(2) M. Lassus : *Loco citato*, p. 250.

(3) John Hunter : *Œuvres complètes*. Traduction de Richelot, p. 63, t. IV. Chez Firmin-Didot, Paris, 1841.

(4) John Hunter : *De la situation des testicules chez le fœtus et de leur migration dans le scrotum*. In Œuvres complètes traduites par G. Richelot, t. IV, p. 63. Chez Firmin-Didot, Paris, 1841.

(1) Ambroise Paré : *Œuvres*, 13e édition, p. 77. Chez Pierre Valfray, Lyon, 1685.

(2) Philippe Verheyen : *Corporis humani anatomiæ*, 2e édition, t. I, p. 109. Chez les frères T'Serstevens, Bruxelles, 1710.

(3) Jacques Bénigne Winslow : *Exposition anatomique de la structure du corps humain*, p. 565, chez Jullien Desprez, Paris, 1732.

crémaster, dit-il, prend naissance en partie sur la bande ligamenteuse de Fallope, en partie sur le bord inférieur du muscle oblique interne du bas-ventre. C'est par là qu'il paraît naître quelquefois de l'épine de l'os des îles. Il semble que le muscle transverse contribue aussi un peu à sa formation. »

Croissant de Garengeot (1) est du même avis : « En effet, dit-il, ce muscle a deux attaches supérieures, une qui lui vient de l'oblique interne, et l'autre du ligament de Fallope. » Garengeot, qui a écrit une honne anatomie, mais qui aimait la polémique, attachait même une grande importance à cette double insertion du muscle crémaster. Le fameux Lorenz Heister, disciple de Frédéric Ruysch et professeur à Altdorf, « l'antagoniste perpétuel » (2) de Croissant de Garengeot, ayant prétendu, après bien d'autres, que le « petit oblique et le transverse sont percés d'un trou ou d'un anneau pour assurer le passage du processus péritonéal, des vaisseaux spermatiques et du ligament rond, Garengeot répondit : « Nous ne pouvons nous empêcher de dire que M. Heister s'en est plus rapporté aux livres qu'aux cadavres, et nous le trouvons d'autant plus inexcusable de cette faute qu'il a cité la controverse de M. Morgagni. Les vaisseaux cruraux avec leur allongement du péritoine, et celui qui accompagne les vaisseaux spermatiques ou les ligaments ronds passent sous ce bord charnu, sans qu'il y ait d'autre trou ou d'autre anneau au muscle transversal qu'un espace assez long et large de deux petits travers de doigt qui se trouve entre ces dernières fibres et le pubis. Quant au petit oblique, on apperçoit, à la vérité (p. 127), que l'allongement du péritoine qui renferme les vaisseaux spermatiques sort du ventre entre des fibres charnues : mais si l'on veut examiner ces fibres charnues sans prévention, on verra qu'elles ne doivent point être regardées comme appartenant à l'oblique interne puisqu'elles sont les fibres du muscle crémaster. En effet, ce muscle a deux attaches supérieures, une qui lui vient de l'oblique interne et qui est ce qu'on prend pour l'écartement de ce muscle, et l'autre du ligament de Fallope ; de sorte que le cordon des vaisseaux spermatiques entouré de l'allongement du péritoine, passant entre ces deux plans de fibres charnues qui sont les attaches supérieures du crémaster, en a imposé aux anatomistes et leur a fait dire que c'était un écartement de l'oblique interne qui formait un anneau au cordon des vaisseaux spermatiques. » Je reviendrai plus loin sur cette question.

3° *Le crémaster est un muscle annexé à la ceinture ventrale.* — Parmi les troisièmes se trouve Pierre Dionis (3) qui écrivait : « Les crémasters prennent leur origine d'un ligament qui est à l'os du pénil où les muscles transverses de l'abdomen finissent desquels ils paraissent être une continuité » ; Bernard Albinus (4), qui a donné du crémaster de l'homme une description parfaite, et dans la myologie duquel on peut lire : « Les obliques et le transverse de l'abdomen engendrent le crémaster ; » puis, enfin, Jacques du Verney (1) qui l'a figuré dans ses grandes planches.

II. LA PÉRIODE HUNTÉRIENNE

Voici comment parle John Hunter (2) du gubernaculum testis, du crémaster et de leurs rapports réciproques (je suis obligé de faire une longue citation) : « A cette époque de la vie, le testicule a des connexions très intimes avec les parois de l'abdomen au niveau du point par où sortent les vaisseaux spermatiques et avec le scrotum. Cette union a lieu par l'intermédiaire d'une substance qui se rend de l'extrémité inférieure du testicule au scrotum et que j'appellerai désormais le *ligament du testicule* ou *gubernaculum testis*. Le *crémaster* ou *musculus testis* paraît se composer, chez le fœtus, des fibres inférieures des muscles oblique interne et transverse qui se réfléchissent en haut et se répandent sur la surface antérieure du gubernaculum immédiatement au-dessous du péritoine : il paraît se perdre sur le péritoine à peu de distance du testicule. Il est difficile de dire quelle est la structure ou la composition de ce ligament ; il est certainement vasculaire et fibreux, et les fibres suivent la direction du ligament lui-même qui est recouvert par les fibres du crémaster ou muculus testis. Cette circonstance n'est pas facile à constater chez l'homme, mais elle est très évidente chez les autres animaux. Chez le bélier dont le testicule est encore suspendu dans la cavité abdominale, le crémaster, au lieu de se diriger vers le scrotum, comme chez le bélier adulte, se réfléchit en dedans et en haut et se perd sur le repli péritonéal qui recouvre le ligament qui attache le testicule aux parois de l'abdomen et qui, dans cet état de l'animal, a environ un pouce et demi de longueur. Chez le fœtus humain, tant que le testicule est retenu dans l'abdomen, le crémaster est si mince que je ne puis le suivre d'une manière qui me satisfasse et déterminer s'il monte vers le testicule ou s'il descend vers le scrotum. Cependant, on peut admettre, par analogie, qu'il se dirige en haut vers le testicule, puisque chez l'adulte on le voit s'insérer ou se perdre sur la partie inférieure de la tunique vaginale, de la même manière que chez les quadrupèdes adultes. » Cela est donc bien clair ; Hunter distinguait le gubernaculum du crémaster ; il appelait le premier *ligament du testicule* et le second *muscle du testicule* ; il considérait enfin celui ci comme une dépendance des muscles abdominaux, mais avouait très simplement ne pas savoir si, sur le fœtus, ses fibres se dirigent vers les bourses ou vers le testicule.

Beaucoup d'auteurs, Robin, entre autres, ont attribué à Hunter une confusion qu'il n'a jamais faite : celle du gubernaculum et du crémaster. Je n'ai guère trouvé d'exacte interprétation du travail de Hunter que dans l'article de Brissaud (3) ; beaucoup, sans doute, ont parlé du mémoire sans l'avoir lu.

(1) René Croissant de Garangeot : *L'anatomie des viscères*, 2e édit., t. I, p. 137. Chez Ch. Osmont, Paris, 1742.

(2) Louis Jarnouen de Villartay : *Garengeot, sa vie, son œuvre*, p. 357. Chez Georges Carré, Paris, 1891.

(3) Dionis : *Loco citato*, p. 226.

(4) Bernardi Siegfridi Albini : *Historia musculorum hominis*, p. 294. Chez Theodorum Haack, Leidæ, 1734.

(1) Jacques-François-Marie du Verney : *Essai d'anatomie en tableaux imprimés*, comprenant 8 grandes planches, dessinées, peintes, gravées et imprimées en couleur et grandeurs naturelles. Chez le sieur Gautier, Paris, 1745.

(2) John Hunter : *Loco citato*, p. 67, 68, 69, 70.

(3) E. Brissaud : Article *Testicule* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXV, p. 237. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1883.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Du traitement du pied creux.

Par P. Redard, chirurgien en chef du Dispensaire Furtado-Heine.

(Suite et fin.)

II. — Le *redressement forcé manuel* est tout particulièrement difficile à appliquer chez les sujets atteints de pied creux. Les efforts manuels ne peuvent être appliqués exactement sur les points qu'il s'agit de redresser. Ils sont insuffisants pour vaincre les obstacles au redressement venant des rétractions aponévrotiques et tendineuses, ils ne permettent pas en général de remettre en place les os du tarse et du métatarse, déplacés et déformés. Le redressement forcé manuel peut convenir dans quelques formes de pied creux peu accentuées, avec léger déplacement des os de la voûte tarsienne, et encore dans ces cas la section préalable à ciel ouvert des parties fibreuses rétractées est souvent indispensable. Après expérience, nous pensons que le redressement forcé manuel est absolument insuffisant dans les formes graves et invétérées de pied creux.

III. — Les *tarsotomies* ou *tarsectomies* après section des parties fibro-tendineuses rétractées sont de précieux moyens de redressement de pieds creux invétérés avec déformation considérable. Mais ces interventions ne sont pas sans gravité, elles exigent le sacrifice de plusieurs os du pied et sont toujours suivies d'un raccourcissement et d'un changement de forme du pied.

La correction des difformités très accentuées du pied creux peut certainement, dans la généralité des cas, être obtenue par des opérations plus simples qui donnent le rétablissement complet de la forme du pied sans raccourcissement ni déformation consécutifs.

Les trois méthodes précédentes sont recommandables et peuvent trouver leurs indications dans quelques cas particuliers. L'étude attentive de chaque cas clinique de pied creux indiquera le genre d'intervention qu'il sera le plus convenable de choisir. Notre expérience nous démontre que la tarsoclasie, d'après notre méthode, est très fréquemment indiquée et donne dans la généralité des cas, et particulièrement dans les pieds creux invétérés très marqués, des résultats supérieurs aux autres méthodes de traitement. Nous donnons plus loin les indications et la valeur de cette opération.

IV. — Nous appliquons au pied creux le *redressement forcé par la tarsoclasie instrumentale* que nous avons recommandée dans le traitement du pied bot varus équin et qui, perfectionnée dans ces derniers temps (1), nous donne constamment d'excellents résultats.

Le principe de notre méthode de redressement forcé instrumental du pied bot qui consiste à modifier, par les puissantes pressions d'un appareil, la forme des parties déformées et à faire reprendre leur place aux os subluxés, doit, à mon avis, s'appliquer à la cure des pieds creux invétérés. Notre modèle ordinaire de tarsoclaste ne convenant pas pour le pied creux, nous avons dû imaginer un nouvel appareil permettant l'application de la force dans des points convenables.

(1) P. Redard : De la tarsoclasie instrumentale dans certaines formes de pied bot. *Gazette Médicale*, 10 novembre 1894, n° 45.

Cet appareil, construit sur nos indications par M. Collin, se compose d'une planche résistante, que l'on peut fixer et immobiliser à diverses hauteurs sur une table ou un escabeau, sur laquelle sont fixées (V. fig. 9) :

1° *A la partie postérieure*, une pièce métallique supportant une talonnière encavée, bien matelassée, destinée à recevoir le talon, pouvant s'incliner à volonté en avant ou en arrière et être fixée, au degré d'inclinaison voulu, au moyen d'une vis à tête articulée.

2° *A la partie antérieure*, une pièce métallique avec deux tiges verticales supportant une plaque matelassée, légèrement excavée, devant se mettre en rapport avec l'avant-pied. Deux coulisses avec vis permettent d'avancer, de reculer et de fixer au point convenable cette partie de l'appareil.

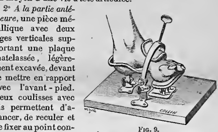


Fig. 9.
Tarsoclaste pour redressement du pied creux de Redard.

3° *A la partie centrale*, deux tiges métalliques verticales de 6 cent. environ, qui s'articulent à leur partie supérieure, avec une pince métallique résistante en fer à cheval pouvant s'incliner en avant et en arrière et se fixer, à l'aide de vis, au point d'inclinaison voulu.

Sur le sommet du fer à cheval, une grande vis à tête de violon actionne une pelote concave, dont la partie destinée à se mettre en rapport avec le côté interne du métatarse et du tarse est plus grande que l'externe, destinée à presser sur la face dorsale tarso-métatarsienne du pied. La partie la plus large de la pelote peut être tournée en dedans ou en dehors et s'applique ainsi sur les deux pieds. Le même tarsoclaste peut donc servir pour les deux pieds.

Cette pelote doit être assez développée dans son diamètre antéro postérieur pour agir à la fois sur le massif tarsien et métatarsien.

La fig. 9 indique le mode d'application de notre tarsoclaste pour le traitement des pieds creux. Le talon étant exactement placé dans la talonnière, la plaque antérieure donne un point d'appui à l'avant-pied, au niveau de l'extrémité antérieure des métatarsiens.

Le fer à cheval doit être incliné de telle sorte que la plaque médiane, garnie de feutre mou, vienne presser par une large surface sur la face dorsale du pied, principalement au niveau de l'astragale, du scaphoïde et des métatarsiens.

Le sujet étant anesthésié, l'appareil étant bien mis en place, on tourne la longue vis agissant sur la pelote dorsale jusqu'à ce que l'excavation du pied ait complètement disparu. Après quelques minutes, on desserre la vis pour la serrer de nouveau et, ainsi de suite, jusqu'à ce que le pied soit assoupli et que sa difformité soit absolument corrigée.

On applique ensuite un appareil plâtré dans lequel est compris une planche en bois en rapport avec la région plantaire, recouverte à sa partie supérieure de feutre mou, venant surtout presser au niveau du talon et de la région

antérieure du métatarse et permettant, par conséquent, d'obtenir le développement du pied et le maintien de la correction de l'excavation.

Tout le pied, principalement au niveau de la région dorsale, doit être soigneusement enveloppé avec de la ouate, avant l'application des bandes plâtrées.

Les tours de bande au niveau du dos du pied doivent être modérément serrés, afin d'éviter les escharres par pression qui se produisent facilement dans cette région.

Si, après l'ablation de l'appareil plâtré, au bout d'un mois environ, une légère difformité persiste, on pratique une nouvelle séance de tarsoclasie.

Comme soins consécutifs, on recommandera l'électricité, le massage et le port d'un appareil orthopédique contentif.

La tarsoclasie, appliquée suivant les règles précédentes, suffit en général, sans que d'autres opérations soient nécessaires, à corriger rapidement des pieds creux d'une certaine importance. Elle agit surtout sur les déformations osseuses et sur les articulations tarso-métatarsiennes rigides et ankylosées (*pied creux osseux*); elle permet aussi de vaincre la résistance opposée au redressement par les parties rétractées de la voûte plantaire. Une seule séance de tarsoclasie donne habituellement la correction de la difformité. Exceptionnellement, lorsque le pied creux est invétéré, très prononcé, que les déformations et les déplacements osseux sont considérables, que les articulations tarso-métatarsiennes sont rigides et ankylosées, plusieurs séances de tarsoclasie sont nécessaires.

Si les rétractions des parties molles sont très importantes, il est utile de faire, avant la tarsoclasie, une section à ciel ouvert de la peau, de l'aponévrose plantaire, des muscles et tendons rétractés. La section des ligaments profonds et du ligament en Y nous paraît inutile, ces ligaments cédant facilement aux efforts du tarsoclaste.

Ces sections à ciel ouvert ne sont pas une contre-indication au redressement immédiat consécutif par la tarsoclasie. Nous n'avons jamais observé aucun accident à la suite de ces deux opérations successives. Les sutures de la peau ne seront faites qu'après le redressement par la tarsoclasie. Pendant l'application du tarsoclaste, la plaie sera soigneusement protégée avec de la gaze iodoformée afin d'éviter son infection.

Les résultats obtenus par l'emploi de notre méthode de tarsoclasie dans le traitement de pieds bots creux d'origine paralytique ont été absolument satisfaisants.

Dans cinq observations de pieds creux très prononcés, invétérés, chez des sujets de 12 à 18 ans, caractérisés par des déformations osseuses et des rétractions fibro-tendineuses, la tarsoclasie, après section à ciel ouvert de l'aponévrose plantaire et des parties fibreuses profondes rétractées, a donné un redressement parfait suivi de guérison absolue. La durée du traitement a été environ de 2 à 3 mois.

Les figures 10 et 11 indiquent les résultats obtenus dans un cas de pied creux paralytique, particulièrement grave, chez un sujet de 14 ans. Depuis 3 ans, la difformité s'était considérablement aggravée, de volumineux durillons douloureux, situés au niveau de la face inférieure de l'avant-pied, rendaient la marche absolument impossible.

Le tendon du gros orteil était rétracté, produisant la difformité indiquée dans la figure 10 et a dû être sectionné. La déformation des os était accentuée, l'astragale subluxée faisant une saillie notable à la face dorsale du pied.

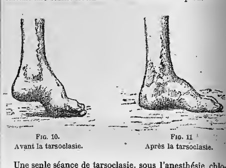


Fig. 10. Avant la tarsoclasie.

Fig. 11. Après la tarsoclasie.

Une seule séance de tarsoclasie, sous l'anesthésie chloroformique, précédée de la section sous-cutanée du tendon d'Achille, puis de la section à ciel ouvert de l'aponévrose plantaire, des tendons du jambier postérieur, du fléchisseur propre du gros orteil. du muscle court abducteur, au moyen d'une incision verticale au niveau de l'articulation médio-tarsienne au bord interne du pied, intéressant la région plantaire dans ses deux tiers environ. Une immobilisation consécutive pendant un mois environ dans un appareil plâtré a suffi pour donner le redressement indiqué dans la figure 11.

La guérison s'est maintenue, sans récidive. Dix mois après l'opération, le sujet marchait sans aucune difficulté, sans claudication ni douleur, le pied reposant à plat sur le sol.

Dans deux cas, le pied creux était principalement sous la dépendance des déformations osseuses, les rétractions tendineuses peu prononcées. La tarsoclasie, sans le secours des sections fibro-tendineuses plantaires, a donné un redressement parfait. Les tissus fibro-tendineux plantaires rétractés ont facilement cédé à l'action puissante du tarsoclaste.

Il est à remarquer que, dans toutes nos observations, une seule séance de tarsoclasie a suffi pour donner la correction définitive de la difformité.

Chez aucun de nos sujets, observés pendant longtemps, nous n'avons noté de récidive.

Le traitement consécutif par le massage, l'électricité et un appareil contentif doit toujours être surveillé avec soin.

En résumé, la tarsoclasie, pratiquée d'après la technique que nous venons d'exposer, permet d'obtenir la cure rapide et sans récidive, de pieds creux invétérés, rebelles aux méthodes habituelles de traitement.

Le redressement forcé instrumental doit quelquefois être précédé de la section à ciel ouvert des tissus fibro-tendineux plantaires rétractés.

La tarsoclasie pour pied creux invétérés et très marqués doit être préférée aux tarsotomies qui ont l'incontestable inconvénient de raccourcir et de déformer le pied.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'abondance des matières nous oblige à remettre le compte rendu de la dernière séance à notre prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin.

Les diverses épaisseurs des os du crâne.

M. Péan fait une communication sur les épaisseurs des os du crâne qu'il a étudiées sur une centaine de crânes normaux et encore plus de pathologiques.

La voûte osseuse est plus épaisse à gauche qu'à droite, la différence est d'un demi-millimètre.

Chez les peuplades sauvages le crâne est en général plus épais que chez les peuples civilisés.

L'épaisseur de la calotte crânienne est plus considérable chez l'homme et l'adulte que chez l'enfant et la femme.

L'influence individuelle est proportionnelle au développement du reste du squelette.

Le maximum est atteint vers 50 ans et au delà. A cet âge, l'épaisseur du crâne féminin se rapproche de celle du crâne masculin.

Vers 70 ans le crâne s'atrophie.

Chez l'enfant les parties supérieures de la voûte sont plus épaisses que les parties inférieures, à l'âge adulte c'est l'inverse qu'on observe.

La taille et la santé physiques ont une importance sur l'épaisseur du crâne.

Au moment de la naissance les pariétaux ont une épaisseur moyenne d'un demi-millimètre plus faible que celle du frontal et de l'occipital à cette période de l'existence. Vers 25 ans le pariétal atteint l'épaisseur de 5 millimètres augmentant en haut de 1 à 2 millimètres, tandis qu'en bas elle diminue dans les mêmes proportions. L'épaisseur des pariétaux est plus grande en arrière qu'en avant. Le maximum d'épaisseur de l'os se trouve en haut et en arrière au niveau de l'angle postéro-supérieur.

A tous les âges le frontal est plus épais que le pariétal, 2/3 de millimètre à la naissance; 2 millimètres à 2 ans.

Le frontal chez l'adulte, épais de 5 millimètres, se renfle un peu sur la ligne médiane au niveau de la suture métropique; au niveau de la fosse temporale il n'a que 1 à 2 millimètres.

L'épaisseur de l'occipital est la même que celle des pariétaux sauf au niveau de l'inion.

L'épaisseur du temporal est de 1 à 2 millimètres; il en est de même pour la grande aile du sphénoïde.

Chez les rachitiques le crâne a une minceur toute particulière.

Dans la syphilis héréditaire il y a au contraire augmentation d'épaisseur, 6 à 7 millimètres, et par places un épaississement plus grand encore.

Dans l'idiotie, l'asymétrie est marquée et les différences d'épaississement également.

Dans l'épilepsie et la dégénérescence mentale mêmes particularités atténuées.

Méthode d'exploration hydrostatique.

M. Marc Sée propose dans les cas où il y a lieu de faire l'exploration de l'abdomen de plonger le malade dans un bain tiède. Dans ces conditions la paroi abdominale prend une flaccidité particulière et il est très facile d'explorer complètement toute la cavité abdominale.

Cette méthode lui a déjà donné d'excellents résultats.

Un cas de gastro-entérostomie.

M. Lejars communique l'observation d'une malade qui avait absorbé un demi-verre d'acide chlorhydrique. Des vomissements sanguins se produisirent immédiatement et avec une grande gravité et des douleurs intenses.

Pourtant peu à peu les accidents se calmèrent; néanmoins l'alimentation était fort difficile et la malade se cachectisait peu à peu. Deux mois après l'accident il pratiqua la laparotomie, constata l'existence d'une sténose pylorique très marquée, fit une gastro-entérostomie postérieure (gastro-jéjunale). Il plaça le bouton de Murphy près du pylore et un peu au-dessus de la grande courbure. La guérison fut rapide. La malade a gagné aujourd'hui 12 kilogrammes. Elle n'a pu retrouver le bouton de Murphy dans ses selles. Néanmoins, on ne sent aucune induration gastrique.

Des septicémies surajoutées aux infections.

M. Delore (de Lyon) adresse une note sur la septicémie. Il insiste sur l'association microbienne qu'on observe souvent (coli et streptocoque, pneumocoque et streptocoque, etc.) Dès qu'il y a stase sanguine la multiplication bactérienne se fait rapidement. La stase des mucosités dans certaines parties du poumon, l'arrêt dans divers points de l'organisme peuvent favoriser une multiplication bacillaire. La stase intestinale détermine les mêmes phénomènes.

L'auteur expose une série de considérations générales qui sont aujourd'hui de notion courante en pathologie générale. La stase pour lui jouerait le principal rôle en l'espèce.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin.

Ictère infectieux à rechutes. Néphrite.

M. Dalché. — Sous le nom d'ictère infectieux à rechutes, de maladie de Weil, on a décrit une affection caractérisée par de la tuméfaction du foie et de la rate, de l'ictère et de la néphrite et présentant souvent, pendant son évolution, une rémission suivie d'une courte rechute. Aujourd'hui, on ne tend plus à considérer cette maladie comme spéciale ou distincte, et la grande majorité des auteurs la font rentrer dans la classe des ictères infectieux.

Je viens d'en observer un cas typique accompagné de deux rechutes avec cette particularité que la première des rechutes a consisté en une néphrite à l'exclusion de toute manifestation du côté du foie, tandis que la seconde a été provoquée par une nouvelle et légère poussée d'accidents hépatiques.

La malade que j'ai observée est une femme de 32 ans, qui était tombée dans la Seine et avait failli se noyer. Elle avait, de ce fait, absorbé une grande quantité d'eau. C'est 15 jours environ après cet accident que la maladie se déclara. Le tableau clinique fut celui de l'ictère à rechutes (troubles digestifs, augmentation du foie et de la rate, ictère, albuminurie, épistaxis, fièvre, etc., etc.). Ce qu'il y eut d'intéressant, c'est qu'il se produisit deux rechutes; la première fut caractérisée uniquement par une néphrite à l'exclusion de toute manifestation hépatique. Comme dans tous les cas de ce genre, la malade a guéri.

La nature de l'ictère à rechutes est mal connue encore. On peut se demander en relisant attentivement l'observation de ma malade, si cette affection qui, après une incubation de 15 jours, frappe en même temps ou coup sur coup d'une façon si nette et intense le foie, la rate, les reins, n'est pas une infection générale d'emblée. Rien ne permet de l'affirmer, mais il faut bien reconnaître qu'elle en a toutes les allures et si les accidents rénaux ont suivi les accidents hépatiques on ne peut dire qu'ils étaient sous leur dépendance.

Les accidents, on se le rappelle, se sont produits chez ma

malade à la suite d'absorption d'une grande quantité d'eau de Seine. Haas (de Prague), Pfuhl (d'Altona), dans des mémoires qu'ils ont publiés à ce sujet, attribuaient à l'influence des eaux malsaines les cas assez nombreux qu'ils ont observés et considéraient leurs malades comme atteints de fièvre typhoïde combinée avec un ictère gastro-duodénal.

M. Mathieu, qui a été un des premiers à étudier la question, pense qu'à la rigueur les agents pathogènes peuvent être ceux de fièvre typhoïde. C'est fort possible. Mais, si la malade que j'ai observée a été sous le coup d'une infection générale, ce n'est certainement pas la fièvre typhoïde qu'elle a eue.

Il est un dernier point que je désire mettre en relief, c'est que jusqu'à la fin de la maladie la rate est restée grosse et cette persistance de la splénomégalie, malgré la rémission apparente par deux fois des autres symptômes, a coïncidé avec l'abaissement continuel du taux de l'urée au-dessous de la normale. Il y a eu une crise polyurique, mais elle ne s'est pas accompagnée de crise azoturique, et même lorsque la rate a repris son volume habituel, l'urine ne contenait encore que 5 grammes d'urée par litre.

M. Netter. — Je suis convaincu, et l'observation que vient de rapporter M. Dalché en est un exemple de plus, que l'absorption d'eau malsaine est la cause habituelle des accidents de ce genre. On sait que l'eau renferme, à côté d'agents pathogènes bien connus, ceux de la fièvre typhoïde et du choléra, par exemple, d'autres agents pathogènes dont l'action nocive se traduit par une symptomatologie un peu polymorphe : ictère infectieux, ictère à rechutes ou maladie de Weil, fièvre à rechutes sans ictère...

M. Hanot. — Je viens d'observer une malade présentant au complet le syndrome clinique décrit par Mathieu et par Weil. Il s'agit d'une femme chez qui l'affection débuta 12 jours après l'ingestion d'une certaine quantité de moules; ce fait est important à noter et cadre très bien avec ce que nous connaissons de l'étiologie de Mathieu et de Weil; dans les autres observations, en effet, on trouve comme cause une intoxication par des viandes avariées. L'évolution clinique est également identique à celle des autres cas publiés : première période fébrile d'une durée de 6 jours, ictère, congestion du foie et de la rate, albuminurie, puis, abaissement de la température, toutefois supérieure à 37°; la rate reste grosse; enfin, nouvelle poussée; et, fait constant, cette rechute a une symptomatologie beaucoup plus accentuée que la première atteinte.

La guérison en est la règle ; elle est la terminaison naturelle de tous ces cas si nets, si tranchés de maladie de Mathieu ou de Weil.

M. Mathieu. — Chez le malade qui m'a servi à établir le type clinique que j'ai désigné sous le nom de typhus hépatique à rechutes et que Weil a décrit quelques mois après, les accidents étaient survenus également après absorption d'une certaine quantité d'eau sale. J'avais émis, à titre d'hypothèse, que les phénomènes pouvaient s'expliquer peut-être par une localisation particulière du virus typhique sur le foie, et c'est à tort qu'on m'a fait dire depuis que je considérais le typhus hépatique comme une forme de fièvre typhoïde.

Application des rayons Rœntgen à l'étude des lésions du squelette dans le rhumatisme chronique progressif.

M. P.-E. Launois présente un malade, âgé de 47 ans, atteint d'une arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius des deux mains. Cette affection, qui a débuté il y a 5 mois, chez un individu exempt de toute manifestation rhumatismale, tuberculeuse, blennorrhagique ou syphilitique, lui paraît, en raison de la bilatéralité, de l'existence d'atrophie musculaire, de rétractions tendineuses, de troubles trophiques et vaso-moteurs de la peau, devoir être rangée dans le cadre du rhumatisme chronique progressif, dont elle semble être une première étape d'évolution. L'application des rayons Rœntgen, comme le montrent les photographies, a permis de reconnaître quelle faible part il faut faire aux modifications du squelette (os et articulations) dans le gonflement et la déformation des régions malades.

L'auteur utilisant les rayons X poursuit des recherches sur les altérations du squelette dans le rhumatisme chronique progressif et espère pouvoir hientôt communiquer ses résultats à ses collègues.

Embolie de l'artère axillaire droite chez une cardiaque. Circulation rétablie par les collatérales.

M. L. Galliard. — La malade que je présente est une femme de 45 ans, atteinte de rétrécissement mitral sans rhumatisme antécédent. Elle a eu deux accès d'asystolie au début du troisième accès. Le 17 avril, elle éprouva subitement une douleur atroce à l'épaule droite; le membre fut engourdi et refroidi et, dès le lendemain, on constata la cyanose de la main droite.

Elle entra dans mon service le 18. Je constatai la suppression du pouls dans les artères axillaire, humérale, cubitale, radiale à droite. Je vis la cyanose et l'algidité envahir la moitié inférieure de l'avant-bras (20 avril) pour gagner le coude (21 avril). A partir du 25, je n'eus plus à redouter la gangrène du membre; l'asphyxie disparut d'abord à l'avant-bras puis à la main; le 29, la teinte livide n'existait plus et les douleurs de la main, très vives au début, s'atténuaient.

Traitement : inhalations d'oxygène; digitale contre l'asystolie; injections de morphine, liniment chloroformé; régime lacté.

Actuellement, on trouve des battements très faibles dans l'artère humérale; rien dans les autres artères qui doivent cependant recevoir un peu de sang, puisque l'aspect du membre est à peu près normal. On note des signes de névrite périphérique; troubles trophiques portant sur la peau et les articulations (raideur du poignet et des doigts), douleurs, œdème léger.

M. Ballet rapporte une observation de foyer infectieux greffé sur un ancien foyer d'hémorrhagie cérébrale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 juin.

Expériences sur l'hématocatharsie.

M. P. Delbet, à propos du lavage du sang, communique différentes expériences dont la série n'est pas terminée.

Ces expériences se divisent en trois catégories : dans la première, l'auteur a cherché comment, par ces lavages, les toxines sont plus facilement éliminées; dans la seconde, M. Delbet a recherché avec M. Vaquez si la solution de chlorure de sodium à la dose de 7 grammes et de sulfate de soude à la même dose par litre a une action sur les éléments figurés du sang; enfin, la troisième catégorie a pour objet de déterminer l'influence du lavage du sang sur la pression artérielle.

Les accidents d'empoisonnement n'ont paru influencés par le lavage qu'une fois sur huit. Il s'agissait dans ce cas d'un chien à qui on avait injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané trois grammes de sulfate de strychnine en solution au millième. Aussitôt après, a été commencé le lavage du sang, qui s'est continué pendant une heure et demie. On a réussi ainsi à injecter 910 grammes de solution salée. Grâce à ce procédé, l'animal n'a pas eu de strychnisme et a été guéri. Après l'expérience, le chien avait augmenté de 300 grammes, emmagasinant 300 centimètres cubes de la solution; il a éliminé 530 grammes d'urine. Ce chien a été soumis à une nouvelle expérience, dans laquelle on s'est borné à lui faire une injection, sans faire de lavage consécutif. Vingt minutes plus tard, l'animal mourait.

En ce qui concerne le second point, M. Delbet dit qu'avant le lavage il y avait 4 millions de globules rouges. Après le lavage, il n'y en avait plus que 3 millions et demi. Il faut voir là plutôt le fait d'une simple dilution que le résultat d'une destruction

d'éléments figurés. Enfin, les globules rouges avaient augmenté de diamètre. Du côté des globules blancs, l'auteur n'a rien de spécial à signaler : ils ne subissaient pas de modifications de forme ou de nombre.

Quant aux expériences portant sur la pression artérielle, ce que l'auteur signale surtout dans cet ordre d'idées, c'est l'impossibilité d'élever la pression, quand elle est normale ou artificiellement surélevée. Il en conclut que les lavages du sang peuvent être autorisés lorsque la pression sanguine est très considérable, comme dans l'éclampsie. D'autre part, la pression baissée par une hémorrhagie abondante revient à l'état normal par l'injection intra-veineuse de solution saline. Et pour obtenir ce résultat, il n'est pas nécessaire d'injecter toujours une quantité de solution saline égale à celle du sang perdu, car chez les animaux vigoureux, on peut enlever une certaine quantité de sang sans abaisser la pression artérielle, sorte de sang supplémentaire.

Enfin, chez les chiens empoisonnés par l'atropine, à pneumogastrique par conséquent paralysé, on assiste au même phénomène d'abaissement de la pression par l'hémorrhagie, de relèvement de la pression par le lavage, ce qui prouve que ce n'est pas du pneumogastrique que ces faits dépendent.

M. Dastre, traitant la question au point de vue de la guérison des infections, croit que la cause principale de la guérison doit être recherchée dans l'élimination par le rein des poisons microbiens. Dans la vessie, les toxines ne sont plus reconnaissables, qu'elles aient été métamorphosées par oxydation ou d'une autre façon.

M. Charrin ne croit pas que le processus de perméabilité rénale soit aussi simple qu'on l'admet généralement. Au contraire, le mécanisme devient fort complexe, si l'on songe aux principes bactéricides, aux éléments antitoxiques, au rôle des humeurs moins favorables aux cultures des bactéries, à l'exaltation de la phagocytose et à toutes les autres données nouvellement établies.

Les toxines conservent une partie de leurs propriétés, bien qu'oxydées dans leur passage dans la vessie, puisque par injections d'urines des infectés on peut reproduire l'immunité ou les symptômes spécifiques de telle ou telle affection.

Action de la peptone sur la coagulation du lait par la présure.

M. Gley a remarqué qu'on peut retarder la coagulation du lait en ajoutant à 5 centimètres cubes de lait, contenant une goutte de la solution de présure, une solution de peptone de Witte à 1 pour 10 dans l'eau distillée. On retarde encore davantage cette coagulation quand la peptone a été dissoute dans de l'eau salée à 8 pour 100.

Emploie-t-on de la peptone pure, on voit que par l'emploi de 3 centimètres cubes de solution de propeptone à 1 pour 100 d'eau distillée, on obtient après dix minutes, non pas du caséum, mais un précipité floconneux, si on a soin de faire agir une goutte de présure sur 5 centimètres cubes de lait mélangés aux 3 centimètres cubes de propeptone.

Dégénérescences secondaires de la moelle consécutives à une lésion du cervelet.

M. A. Thomas, en ayant recours à la méthode de Marchi, a recherché quelles étaient les dégénérescences consécutives à une lésion sous-corticale du cervelet que l'on déterminait expérimentalement chez le chat. A cet effet, il a pratiqué des coupes sériées de la moelle, qui lui ont fait constater l'existence de dégénérescences secondaires semblables à celles que Bazilewski avait constatées chez le chien, et qui paraissaient bien en rapport avec la lésion du cervelet.

Comme points spéciaux, il faut noter en outre que le noyau de Deiters était sain, bien que contenant beaucoup de corps granuleux appartenant à des fibres le traversant ou s'y terminant. Peut-être même faut-il voir là un retentissement de la lésion par compression sur le noyau de Deiters.

Nouveau mode de conservation des pièces anatomiques.

M. Magnan, au nom de M. Melnikoff-Razvedenkoff, fait part à l'assemblée d'un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques.

On traite d'abord l'organe frais par la formaline concentrée, c'est-à-dire par la solution de 40 0/0 de formaldéhyde pur, pendant vingt-quatre heures. Puis, pendant six à huit heures, on plonge cet organe dans de l'alcool à 95°. Enfin on met les préparations dans une solution glycérino-aqueuse d'acétite de potasse, où elles sont conservées. Cette solution contient 30 grammes d'acétate de potasse pour 60 de glycérine et 100 d'eau. Par ce procédé, non seulement l'examen microscopique de la pièce se fait sans difficulté, mais encore la coloration primitive est conservée.

Influence du lait sur la glycosurie chez les diabétiques.

M. Guillemonat a soumis deux diabétiques au régime lacté. En quatorze jours, le premier de ses malades a pris 56 litres de lait, c'est-à-dire entre 2 et 3 kilogrammes de lactose. Il a, pendant ce temps, éliminé 290 grammes de sucre par les urines, chiffre faible incontestablement. D'ailleurs, la nutrition s'est convenablement faite, et le poids du malade a même légèrement augmenté.

Le second cas se rapporte à une femme diabétique qui a également assimilé le sucre de lait de façon convenable. Le sucre a en effet diminué dans les urines, bien que la malade absorbât 110 grammes de lactose en vingt-quatre heures. Ici le poids a été très nettement augmenté, soit de 2 kilogrammes et demi en neuf jours.

M. Charrin ajoute qu'il a conseillé à M. Guillemonat d'étudier cette question, en se basant sur la fréquence de l'albuminurie, des lésions hépatiques ou gastriques chez les diabétiques, qui amènent à faire usage chez eux du régime lacté.

Le sucre de lait, a-t-on dit, provoque l'accroissement de la glycosurie; M. Guillemonat vient au contraire de faire voir que le lait abaissait la glycosurie.

L'organisme peut consommer plus de glycose qu'il n'en détruit normalement. Mais comme cet excès de consommation a des limites, il ne faut pas donner à un diabétique plus de trois litres en moyenne.

Des cellules étoilées de la couche moléculaire du cervelet du chat et du lapin.

M. Athias fait une communication dans laquelle il montre que son étude sur les petites cellules étoilées de la couche moléculaire du cervelet, chez le chat et le lapin, lui a fait voir que ces éléments proviennent des éléments épithéloïdes, comme les grains profonds; de plus, il a vu que pour se transformer en cellules étoilées, ces éléments sont forcés de se coucher horizontalement. Toutefois, au lieu de se placer parallèlement à l'axe longitudinal des lamelles, comme ceux qui plus tard seront les grains, ces derniers se disposent perpendiculairement à cet axe.

Variations morphologiques du pavillon de l'oreille.

M. Féré dépose une note où il constate que les malformations du pavillon de l'oreille modifient l'audition dans une mesure quelconque. La forme du pavillon influe sur les variétés de durée du silence et d'intensité des renforcements. Les silences se font au niveau des saillies de l'hélix, de l'anthélix, du tragus et de l'antitragus. D'autre part l'intensité du renforcement est sous la dépendance de l'étendue des dépressions et des cavités situées entre ces saillies.

Des matières extractives réductrices des muscles.

M. Abelous a fait des expériences qui lui ont montré que la quantité des matières extractives réductrices que l'alcool peut extraire des muscles varie en raison directe de l'activité de l'or-

gane. Il a vu que la tétanisation exalte la vie anaérobie du muscle, et qu'ainsi il se produit un excès de matières réductrices qui ne peuvent pas être tout à fait oxydées par l'absorption supplémentaire d'oxygène produit. Du reste, il y a surproduction d'acide carbonique plus intense que la surabsorption d'oxygène.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 4 juin.

Présentation.

M. Tolédano présente un appareil imaginé par M. Dumouthiers qui permet de faire les injections de sérum artificiel dans des conditions d'asepsie et de commodité remarquables.

Résultats des revaccinations dans les écoles communales de la 8e circonscription du XVIIe arrondissement. Influence prophylactique générale de la vaccine.

M. Jasiewicz a obtenu des succès dans la proportion de 27 0/0 pour les garçons et les filles en bloc, ces dernières donnant un chiffre plus élevé, en général.

D'une enquête minutieuse, il résulte que les enfants non soumis à la revaccination depuis quelques années ou n'ayant jamais été revaccinés ont été plus souvent atteints de maladies surtout infectieuses que les revaccinés récemment avec ou sans succès, ce qui confirme l'opinion exprimée par l'auteur à plusieurs reprises et reconnue exacte par plusieurs observateurs, MM. Dubousquet, Dignat, etc.

M. Tolédano confirme les assertions précédentes : proportion plus forte de succès chez les filles revaccinées, immunisation par la revaccination contre les maladies infectieuses en général.

M. Brochin, frappé de ce que, depuis l'application des procédés antiseptiques à la petite opération de la vaccine, les insuccès sont plus fréquents que par le passé, demande quelle est la pratique de M. Jasiewicz à cet égard.

M. Jasiewicz a aussi constaté une forte proportion d'insuccès après l'emploi de la liqueur de Van Swieten ; il lave à la solution boriquée et n'a jamais eu de complication.

M. le président s'attache surtout à la désinfection de la lancette (oxycyanure de Mg). Si on lave la peau, avoir soin de l'essuyer, le vaccin perdant de son pouvoir par la dilution même avec de l'eau simple.

Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs.

M. de Beauvais en relate l'observation dont le sujet est un détenu de Mazas.

M. Dehenne qui examina le prisonnier émit aussi l'opinion qu'il s'agissait d'un simulateur ; réflexes papillaires normaux ; pas de lésions des milieux et des membranes profondes ; l'action de l'éclair sur l'œil paraît être une légende populaire.

A. de Crésantignes.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 22 AU 27 JUIN 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 juin, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reynier, Heim, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Reclus, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Monod, Lejars. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Straus, Widal.

Mardi 23 juin, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Polaillon, Campenon, Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Berger, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Duplay, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Ménétrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Thiéry.

Mercredi 24 juin, à 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Monod, Ricard, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Reclus, Reynier, Delbet. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Joffroy, Gilles de la Tourette.

Jeudi 25 juin, à 1 heure. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Pouchet, Wurtz. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Ch. Richet, Gley, Rémy.

Vendredi 26 juin, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

A 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Reynier, Weiss, Heim. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Tillaux, Monod, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Terrier, Reclus, Walther. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Gaucher.

Samedi 27 juin, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Thiéry. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Palaillon, Quénu. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Berger, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Duplay, Campenon, Nélaton. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Raymond, Marie, Achard. — 5e (2e partie), Charité : MM. Joffroy, Chantemesse, Letulle. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Gley.

EXAMENS D'OFFICIAT

Mardi 23 juin, à 1 heure. — 2e (Définitif) : MM. Nélaton, Charrin, Letulle.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Mercredi 24 juin, à 1 heure. — 2e (1re série) : MM. Straus, Pouchet, Rémy. — 2e (2e série) : MM. Terrier, Landouzy, André.

Jeudi 25 juin, à 1 heure. — 2e (1re série) : MM. Cornil, Hutinel, Hartmann. — 2e (2e série) : MM. Guyon, Gilbert, Achard.

Vendredi 26 juin, à 1 heure. — 2e : MM. Grancher, Delhet, Wurtz.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

Lundi 22 juin, à 1 heure. — 1er (1re classe, 1re série) : MM. Marchand, Sebileau, Retterer. — 1er (1re classe, 2e série) : MM. Rémy, Poirier, Varnier.

Mercredi 24 juin, à 9 heures. — 2e (1re classe), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Chassevant.

A 1 heure. — 1er (1re classe) : MM. Marchand, Retterer, Poirier.

Jeudi 25 juin, à 1 heure. — 1er (1re classe, 1re série) : MM. Palaillon, Bar, Thiéry. — 1er (1re classe, 2e série) : MM. Maygrier, Quénu, Poirier.

Vendredi 26 juin, à 1 heure. — 1er (1re classe) : MM. Ch. Richet, Marchand, Thiéry.

Samedi 27 juin, à 9 heures. — 2e (Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 24 juin, à 1 heure. — *M. Perdereau* : Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur chez l'homme (MM. Potain, Grancher, Widal, Wurtz). — *M. Hagenschmidt* : Etude expérimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes (MM. Grancher, Potain, Widal, Wurtz). — *M. Boquel* : Traitement du pied bot congénital chez l'enfant (MM. Lannelongue, Pinard, Lejars, Broca). — *M. Laborde* : Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles ; recherches personnelles de bactériologie clinique (MM. Pinard, Lannelongue, Lejars, Broca). — *M. Mulé* : La sérothérapie dans la syphilis (MM. Ch. Richet, Tillaux, Netter, Walther). — *M. Delarrat* : Rhumatisme articulaire chronique déformant dans ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu (MM. Tillaux, Ch. Richet, Netter, Walther).

Jeudi 25 juin, à 1 heure. — *M. Ihler* : De la mort subite dans la maladie d'Addison (MM. Brouardel, Dehove, Marie, Thoinot). — *M. Canu* : Résultat thérapeutique de la castration chez la femme ; conséquences sociales de cette opération (MM. Dehove, Brouardel, Marie, Thoinot). — *M. Poix* : Recherches critiques et expérimentales

sur le sérum antidiphtérique (MM. Laboulbène, Proust, Netter, Roger). — *M. Tathéossian* : Substitution de la désinfection directe aux quarantaines (MM. Proust, Laboulbène, Netter, Roger). — *M. Beaulavon* : Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoria (MM. Proust, Laboulbène, Netter, Roger). — *M. Thoyer-Rozat* : Des abcès rétropharyngiens idiopathiques des enfants; leur fréquence; leur terminaison par la mort subite; leur traitement (MM. Dieulafoy, Raymond, Charrin, Marfan). — *Mlle Przedniewiez* : Infection et symétrie (MM. Raymond, Dieulafoy, Charrin, Marfan). — *M. Delbès* : Résoption spontanée intracapsulaire de la cataracte sénile (MM. Panas, Le Dentu, Albarran, Letulle). — *M. Lindegger* : Contribution à l'étude du gros rein polykystique et son opération (MM. Le Dentu, Panas, Albarran, Letulle). — *M. Caracotchian* : De la péricardite à pneumocoques (MM. Le Dentu, Panas, Albarran, Letulle).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours de prosectorat.

Le concours de prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Riche et Marion.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Achalme, 16; Soltas, 16; Leredde, 17; Macaigne, 18; Renault, 19.

La première séance de la deuxième épreuve (épreuve clinique) a eu lieu samedi dernier : MM. Plicque, 15; Brodier, 12; Belin, 14; F. Bezançon, 16; Legry, 18; Macaigne, 16; Boulloche, 19; de Gennes, 19.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Cazin, 24; Villemin, 28; Thiéry, 27; Rieffel, 28; Regnauld, 25.

Sont admissibles les candidats ayant obtenu au minimum 23 points.

La première séance de la deuxième épreuve (épreuve clinique) a eu lieu lundi dernier : MM. Chevalier, 19; Mauclaire, 17; Clado, 17.

Hôpital Necker.

M. Routier : tous les mercredis, à 9 heures, leçon pratique sur les maladies des voies urinaires.

NOUVELLES

III[e] Congrès international de dermatologie tenu à Londres du 4 au 8 août 1896.

Les séances du Congrès auront lieu dans les salles d'examens du *Royal College of Physicians and Surgeons*, Victoria Embankment.

PROGRAMME

Mardi 4 août.

11 heures du matin. — Organisation.
Midi. — Allocution du président.
3 heures après-midi. — Discussion sur le *Prurigo*. Rapporteurs : 1. Dr Besnier (Paris), 2. professeur Kaposi (Vienne), 3. Dr J.-C. White (Boston), 4. Dr Payne (Londres).

Mercredi 5 août.

9 heures. — Démonstrations cliniques.
10 h. 1/2. — Discussion sur l'*Etiologie et les variétés des kératoses*. Rapporteurs : 1. Dr Unna (Hamhourg), 2. Dr H.-C. Brooke (Manchester), 3. professeur Mibelli (Parme), 4. Dr W. Dubreuilh (Bordeaux).
10 h. 1/2. — Discussion sur la *Réinfection syphilitique*. Rapporteurs : 1. professeur Fournier (Paris), 2. professeur Lang (Vienne), 3. M. Alfred Cooper (Londres), 4. Dr Fitzgibron (Dublin).
2 heures. — Démonstrations cliniques.
3 heures. — Communications particulières.

Jeudi 6 août.

9 heures. — Démonstrations cliniques.
10 h. 1/2. — Discussion sur les *Tuberculoses cutanées autres que le lupus vulgaire*. Rapporteurs : 1. Dr Nevins Hyde (Chicago), 2. Hallopeau (Paris), 3. Dr Radcliffe Crocker (Londres), 4. Dr G. Riehl (Vienne).
10 h. 1/2. — Discussion sur la *Durée de la période contagieuse de la syphilis*. Rapporteurs : 1. M. Hutchinson (Londres), 2. professeur Campana (Rome), 3. professeur Lassar (Berlin), 4. Dr Feulard (Paris).
2 heures. — Discussion sur les *Teignes et trichophytons*. Rapporteurs : 1. Dr Sabonraud (Paris), 2. professeur Rosenbach (Gœttingen), 3. Malcolm Morris (Londres).
Prendront encore la parole sur ce sujet MM. Unna, Colcott Fox, etc.

Vendredi 7 août.

9 heures. — Démonstrations cliniques.
10 h. 1/2. — Discussion sur la *Nature et les relations du groupe érythème multiforme*. Rapporteurs : 1. professeur de Amicis (Naples), 2. Dr T.-H. Veiel (Stuttgart), 3. Dr Prince Morrow (New-York), 4. Dr Stephen Mackenzie (Londres).
10 h. 1/2. — Discussion sur la *Syphilis maligne*. Rapporteurs : 1. professeur Haslund (Copenhague), 2. professeur Neisser (Breslau), 3. professeur Tarnovski (Saint-Pétershourg).
2 heures. — Démonstrations cliniques.
3 heures. — Communications parculières.

Samedi 8 août.

9 heures. — Présentations relatives aux communications.

Le prix de la souscription au Congrès, donnant droit au volume des comptes rendus, est de 25 francs.

Les médecins qui désirent prendre part au Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion dès maintenant et de payer leur souscription le plus tôt possible.

Le secrétaire général du Congrès est M. le Dr Pringle, 23, Lower Seymour Street, Portman-Square, Londres.

M. le Dr Henri Feulard, Paris, 20, rue Saint-Georges, secrétaire correspondant pour la France, se charge de réunir les adhésions et de les transmettre au comité d'organisation.

10[e] Congrès de l'Association française de chirurgie (19-24 octobre 1896).

Le 10[e] Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 19 octobre 1896, sous la présidence de M. le professeur Terrier, membre de l'Académie de médecine.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Thérapeutique chirurgicale des pieds bots*. — M. Forgue, de Montpellier, rapporteur.

2° *Traitement des prolapsus génitaux*. — M. Bouilly, de Paris, rapporteur.

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

NOTES POUR L'INTERNAT

VAISSEAUX ET NERFS DE L'INTESTIN GRÊLE

Etudier successivement : 1° les artères ; 2° les lymphatiques ; 4° les nerfs.

I. Artères.

A considérer pour le duodénum et pour le jejuno-iléon.

A. Le duodénum, 2 sources :

1° Artère hépatique, par sa branche terminale gastro-duodé-

nale, fournit la gastro-épiploïque droite et la duodéno-pancréatique, derrière la première portion du duodénum entre elle et la tête du pancréas.

Division de ce rameau duodéno-pancréatique en deux branches artérielles, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui s'anastomosent avec branches analogues de l'artère mésentérique supérieure.

2° Artère mésentérique supérieure, née de l'aorte à 2 centimètres en dessous du tronc cœliaque, chemine entre aorte et pancréas, longe le côté interne de l'angle duodéno-jejunal, s'engage dans la racine du mésentère et croise la portion horizontale inférieure du duodénum en la séparant de la portion terminale ascendante.

Au point où elle longe le flanc droit de la portion ascendante du duodénum, elle fournit l'artère duodéno-pancréatique gauche ou inférieure, elle donne en même temps quelques rameaux duodénaux à l'angle duodéno-jejunal.

Comme l'artère duodéno-pancréatique supérieure ou droite venue de l'hépatique, cette artère duodéno-pancréatique née de la mésentérique supérieure se divise en deux branches artérielles: une antérieure, une postérieure.

Anastomose de ces deux branches avec les deux branches de division de la duodéno-pancréatique supérieure.

De la sorte deux arcades artérielles, une antérieure, une postérieure, qui s'anastomosent en formant un vaste cercle artériel concentrique à la concavité de l'anneau duodénal et enserrant la tête du pancréas.

De la convexité de ce cercle naissent des branches destinées aux deux faces du duodénum, de la concavité des branches pancréatiques.

Le jejuno-iléon.

Artère mésentérique supérieure — entre les deux feuillets droit et gauche du mésentère — au milieu d'un tissu cellulaire lâche.

Se dirige en bas et à droite vers l'embouchure de l'iléon dans le gros intestin, cotoyée en dehors par veine mésentérique supérieure.

Sorte d'arcade à convexité gauche, antérieure et inférieure.

Finalement anastomose avec une branche iléale de l'artère iléo-côlique.

De la convexité de cette vaste arcade naissent :

1° Dix à douze branches artérielles plus volumineuses, pour a portion initiale du jejuno-iléon ;

2° Huit à douze branches plus petites pour la portion terminale. Toutes ces branches cheminent entre les 2 feuillets du mésentère par un trajet long de 7 à 8 centimètres.

Bifurcation alors en rameaux ascendants et rameaux descendants. Anastomoses de ceux-ci.

Première série d'arcades à convexité tournée vers l'intestin.

De ces arcades, 40 à 50 branches parallèles, qui se bifurquent après un court trajet.

Deuxième serie d'arcades.

Puis troisième série d'arcades.

Finalement vaste réseau vasculaire à larges mailles.

Branches intestinales plus nombreuses et plus volumineuses vers le commencement du jejunum et vers la fin de l'iléon, plus fines et plus rares au milieu de l'intestin grêle.

Au bord adhérent de l'intestin, deux branches de division ultime qui embrassent celui-ci latéralement. Ramifications sous la séreuse.

Il existe, à l'extrémité inférieure du mésentère, une zone dépourvue de vaisseaux apparents, très prononcée, surtout chez les les jeunes enfants; circonscrite par l'anastomose de l'artère iléo-côlique avec la fin de la mésentérique supérieure, zone où le mésentère est mince, où les deux feuillets péritonéaux sont adossés sans interposition de vaisseaux, de ganglions lymphatiques, de graisse. C'est « l'aire mésentérique ».

Rappeler artères côliques (moyenne pour le côlon transverse, droite pour le côlon ascendant); l'iléo-côlique (iléale, cæcales, antérieure, postérieure et appendiculaire), nées de la concavité de la mésentérique supérieure.

Terminaison des artères dans les tuniques de l'intestin grêle.

Du réseau sous-séreux partent branches artérielles qui pénètrent dans la tunique musculaire.

Tunique musculaire : Réseau à mailles allongées dans le sens des fibres.

Tunique celluleuse sous-muqueuse : Riche plexus artériel d'où partent des branches rayonnantes, en étoile.

Tunique muqueuse :

Riche réseau dans le chorion.

Réseau sous-épithélial.

Dans les follicules clos : Réseau artériel très riche à leur pourtour, communiquant avec le réseau capillaire des villosités. A l'intérieur, capillaires rayonnant au centre des follicules. Direction récurrente du capillaire à une certaine distance du centre. Même disposition dans les follicules clos agminés ou plaques de Peyer ; réseau artériel très riche.

Dans les *glandes de Brünner* du duodénum, réseau à mailles arrondies, enveloppant les culs-de-sac terminaux des tubes ramifiés qui constituent ces glandes pour Renaut.

Dans les *glandes de Lieberkuhn*, réseau au fond des glandes continue avec celui de la villosité (sorte de panier enveloppant le fond), réseau encore autour de l'orifice glandulaire, lui constituant une sorte de collier.

Dans les *villosités capillaires* à mailles allongées, sous la membrane basale, hyaline pour les uns, endothéliale (Debove, Ranvier) ou conjonctive pour d'autres (Kœlliker).

Dans les *petites villosités*, centre occupé par un capillaire venu du réseau sous-muqueux qui monte au milieu du stroma conjonctif pour gagner le sommet de la villosité et là se continue avec une veinule descendante.

Dans les *villosités du type lamellaire*, il existe deux ou trois capillaires artériels ascendants, quelquefois plus ; et un réseau capillaire entre artères et veines au sommet de la villosité, au lieu d'une anse vasculaire unique.

II. Veines.

Correspondent aux artères.

Origine :

Dans les *villosités* (font suite à capillaires artériels) ;

Dans les *glandes* (réseau veineux distinct de celui des villosités par Arnold, Heller ; confondu pour la plupart des anatomistes).

Ces veines, ainsi nées, rampent dans la sous-muqueuse en y formant un riche réseau qui reçoit les veines venues des follicules clos agminés ou solitaires (même disposition que les artères).

Réseau dans la tunique musculaire.

Réseau sous-séreux.

Finalement, *arcades veineuses* superposées aux arcades artérielles et perpendiculaires au grand axe de l'intestin comme elles, quoiques moins nombreuses.

Troncs collecteurs : veine *mésentérique supérieure* pour le jejuno-iléon.

Veine *splénique* pour la veine duodéno-pancréatique inférieure, anastomosée avec la supérieure par une double arcade veineuse (comme artères).

Veine *mésentérique supérieure du tronc porte* pour la veine duodéno-pancréatique supérieure ou droite.

Tronc porte est le confluent final.

(A suivre.) X.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 26 27 Juin 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**
Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

III. PÉRIODE POST-HUNTÉRIENNE

a. De Hunter à Curling et à Robin. — Les anatomistes qui vinrent après Hunter firent, à leur tour, la distinction que celui-ci avait faite; les uns, qui, dans leurs ouvrages, ne traitèrent que de la topographie des organes et de ses applications chirurgicales, n'eurent naturellement à s'occuper ni du gubernaculum ni de la descente du testicule; les autres, qui écrivirent une anatomie de détails, durent exposer les phénomènes de la migration testiculaire; mais tous continuèrent à considérer le crémaster comme un faisceau détaché de la ceinture musculaire de l'abdomen et, par conséquent, conservèrent intacte, implicitement ou explicitement, la description donnée par Hunter.

« Il est composé de trousseaux musculeux qui proviennent du bord inférieur des muscles transverse et petit oblique, ce qu'il est aisé de démontrer » écrit A. Portal (1).

(1) Antoine Portal : *Cours d'anatomie médicale* ou *Eléments d'anatomie de l'homme*, t. II (Myologie), p. 171. Chez Baudouin, Paris, an XII (1803).

C'est encore l'opinion d'A. Boyer (1), de Blandin (2), d'Hippolyte Cloquet (3), d'A. Lauth (4), de J.-F. Malgaigne (5), de F. Meckel (6), de E. Hushke (7), de X. Bichat (8), de E. Coste (9), et aussi la théorie successivement défendue, dans leur travail inaugural, par Auguste Roustan (10), qui avait vu le crémaster se détacher du transverse, et par Charles Robin (11), qui disait de lui : « Il est formé par quelques faisceaux inférieurs du petit oblique sortant plus pâles que les autres par l'anneau inguinal externe. » Robin, d'ailleurs, ne devait pas tarder à changer d'opinion.

Mais, de tous, c'est assurément Jules Cloquet (12) qui, dans son fameux mémoire sur les hernies, a le plus heureusement décrit la formation crémastérienne. « Le muscle crémaster n'existe pas avant la descente du testicule; il se forme à mesure que cet organe; tiré par son gubernaculum, se porte de l'abdomen dans le scrotum. Je me suis assuré de ce fait en disséquant ces parties sur un assez grand nombre de fœtus, avant, pendant et après la descente du testicule. Les fibres inférieures du petit oblique, en se portant de l'arcade crurale où elles s'insèrent, au pubis, passent devant le gubernaculum testis auquel elles adhèrent assez intimement par leur partie moyenne. En tirant le gubernaculum et en simulant ainsi la descente naturelle du testicule, je suis parvenu à former accidentel-

(1) A. Boyer : *Traité complet d'anatomie*, 3e édition, t. IV, p. 497. Chez Migneret, Paris. 1810.

(2) Ph.-Fréd. Blandin : *Traité d'anatomie topographique*, p. 408. Chez Mme Auger-Méquignon, Paris, 1826.

(3) Hipp. Cloquet : *Traité d'anatomie descriptive*, 5e édition, t. II, p. 652. Chez Crochard, Paris, 1832.

(4) Ern. Alex. Lauth : *Nouveau manuel de l'anatomiste*, 2e édition, p. 337. Chez Levrault, Paris, 1835.

(5) I.-F. Malgaigne : *Traité d'anatomie chirurgicale*, p. 292. Société encyclographique de Bruxelles, 1838.

(6) J. F. Meckel : *Manuel d'ana tomie générale descriptive*, traduit par Jourdan et Breschet, p. 628. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1825.

(7) E. Hushke : *Traité de splanch. et des organes des sens*, traduit par Jourdan, p. 360. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1845. (T. V de l'*Encyclopédie anatomique.)*

(8) X. Bichat : *Encyclopédie des sciences médicales*, t. II, 1re division, 2e volume, p. 312, Paris, 1834.

(9) E. Coste : *Manuel de dissection*, p. 542. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1847.

(10) Aug. Roustan : *De la hernie interstitielle*. Th. in 1843, n° 38, p. 10, Paris, 1843.

(11) Ch.-Ph. Robin : *Anatomie de la région de l'aine*. Th. in, n° 190, p. 30, Paris, 1846.

(12) Jules Cloquet : *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*, à Paris, chez Méquignon-Marvis, 1817, p. 15.

lement le crémaster. Si on fait rentrer le testicule dans le ventre, en le tirant par sa partie supérieure, alors, on fait en quelque sorte retourner le crémaster sur ses pas, ou plutôt on rend au petit oblique les fibres qu'il a prêtées pour sa formation. Alors les arcades musculaires remontent les unes vers les autres, se rapprochent, rentrent dans le canal inguinal, et reforment le bord inférieur du muscle petit oblique qui est alors flasque et plissé sur lui-même. Dès qu'on fait ressortir le testicule, le crémaster renaît et ses deux faisceaux triangulaires reparaissent.

» Chez la plupart des sujets, le cordon testiculaire passe simplement au-dessous du bord inférieur du petit oblique qu'il entraîne avec lui, comme je l'ai dit, pour former le crémaster, dont on ne retrouve alors que les arcades antérieures; d'autres fois, au contraire, il traverse bien évidemment les fibres de ce muscle, et les arcades existent, non seulement en avant, mais aussi en arrière du cordon et du testicule qui s'en trouvent enveloppés de toutes parts. Les postérieures sont toujours moins prononcées que les antérieures. » J'ai dû, pour raccourcir la citation, tronquer le texte.

Cloquet a écrit son mémoire en 1817, après avoir examiné un grand nombre de cadavres de fœtus, d'enfants, d'adultes hommes et femmes. On peut dire qu'il a donné la première et la meilleure description du crémaster et de ses arcades; avant lui, personne n'avait montré la genèse des anses érythroïdiennes sous l'influence du passage, dans le canal inguinal, du gubernaculum et du testicule. Le travail de J. Cloquet est véritablement parfait.

Bourgery (1), quelques années plus tard, reprit pour son compte la thèse de Cloquet, établit, à son tour, d'une façon très nette (sinon très personnelle) l'origine du crémaster et combattit la confusion qu'à la même époque les travaux de Curling venaient de faire naître dans l'esprit des anatomistes entre le gubernaculum et le crémaster : « Pour bien comprendre la tunique érythroïde, écrit-il, il faut se reporter au fœtus avant la sortie du testicule hors de l'abdomen. Alors on voit que cette tunique n'existe pas, que le muscle petit oblique, qui doit plus tard la former, est disposé en une cloison qui bouche l'ouverture triangulaire du grand oblique qui sera plus tard l'orifice externe du canal inguinal, et que cette cloison est traversée par le gubernaculum testis qui, quelquefois, passe sous son bord inférieur au lieu de traverser ses fibres. » Et, comme pour bien montrer comment le simple fait de voir les faisceaux du crémaster, en apparence tout à fait isolés du muscle dont ils sont nés, s'attacher quelquefois à l'épine du pubis ou à l'arcade crurale, ne suffit pas pour qu'on soit en droit de nier leur dépendance de la ceinture musculaire de l'abdomen, Bourgery, après Cloquet, ajoute : « Les extrémités des anses ou arcades renversées du crémaster se réunissent vers l'anneau inguinal en deux faisceaux triangulaires, l'un, interne, plus petit, fixé à l'épine du pubis, et l'autre, externe, plus volumineux, attaché à l'arcade crurale.

β *Curling et Robin.* — Car, avec Curling, venait de naître la confusion. Dans son traité des maladies du testicule (2) [mais il avait antérieurement produit d'autres mémoires sur ce sujet], Curling décrit au gubernaculum trois prolongements : « L'externe qui est le plus long, s'attache au ligament de Poupart dans le canal inguinal; le moyen forme une bandelette allongée qui, s'échappant par l'anneau inguinal externe, descend jusqu'au fond du scrotum où il rencontre le dartos; l'interne se dirige en dedans pour s'attacher solidement au pubis et à la gaine du muscle droit. » Curling avait bien vu « un certain nombre de fibres se réfléchir de l'oblique interne sur la partie antérieure du gubernaculum »; mais il ne s'était pas embarrassé de si peu, et, dans sa description, on le vit employer indifféremment les termes de crémaster ou de gubernaculum: bien mieux, au moment même où, dans son traité, il vient de faire remarquer qu'à côté du gubernaculum, qui s'insère, d'après lui, dans le scrotum et sur le ligament de Poupart, existent des fibres certainement détachées du petit oblique abdominal, Curling ajoute avec sérénité : « On voit donc que les attaches du muscle du gubernaculum et celles du crémaster chez l'adulte sont exactement les mêmes. J'ai réussi à suivre le gubernaculum à des époques différentes, avant la descente du testicule et immédiatement après (? ?); et je ne peux conserver aucun doute sur l'identité des deux muscles. » La contradiction n'effrayait pas Curling.

Quelques années après, Curling [car Curling publia, je crois, ses premières études sur la descente du testicule en 1841 (1)], Ch. Robin fit paraître dans les mémoires de la Société de Biologie (2) un travail sur le gubernaculum testis et la situation du testicule dans l'abdomen. Dans ce travail, Robin confond absolument le crémaster et le gubernaculum; il y dit partout : « Le gubernaculum testis, ou crémaster, ou musculus testis de Hunter », tout comme si Hunter n'avait établi aucune distinction entre ces organes. Il écrit même, dans les dernières lignes de sa publication : « Au lieu d'appeler le gubernaculum ligament du testicule, Hunter aurait dû continuer à l'appeler muscle du testicule, *musculus testis*, comme il le fait en commençant. » Robin, je pense, a dû mal lire ou mal comprendre. Nulle part, dans son mémoire, pas plus au commencement qu'à la fin, Hunter ne fait la confusion que Ch. Robin lui attribue.

Dans le mémoire de Ch. Robin, il n'est question ni du petit oblique, ni du transverse de l'abdomen. Comme Curling, Ch. Robin décrit au gubernaculum trois faisceaux d'insertion inférieure : « Hunter, dit-il, n'a décrit que le faisceau médian. » C'est là une erreur : je montrerai plus loin que les deux faisceaux périphériques de Curling et de Robin ne sont pas autre chose que les fibres des muscles larges qu'Hunter avait déjà signalées comme se détachant du bord inférieur de la sangle abdominale pour se perdre sur la face antérieure du gubernaculum.

γ *Après Curling et Robin.* — Curling et Robin venaient de publier leurs mémoires; les contemporains adoptèrent leurs idées. Ainsi, Ernest Godard (3), sans plus ample

(1) J.M. Bourgery : *Traité complet de l'anatomie de l'homme*, t. V, p. 246. Chez Delaunay, Paris, 1839.

(2) T.-B. Curling : *Traité pratique des maladies du testicule*, traduit par Gosselin, p. 18. Chez Labé, Paris, 1857.

(1) T.-B. Curling : *Observations on the structure of the gubernaculum and on the descent of the testis in the fœtus*. In London Med. Gazette, 10 avril 1841.

(2) Ph.-Ch. Robin : *Recherches sur la nature musculaire du gubernaculum testis*. Mém. de la Société de biologie, p. 1, Paris, 1849.

(3) Ern. Godard : *Etude sur le monorch. et la cryptorch. chez l'homme*. In Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, t. III, p. 330 et 338, Paris, 1856.

vérification d'ailleurs, défendit la théorie et adapta à l'interprétation de cas pathologiques les hypothèses de ses deux prédécesseurs. Bref, tous ces travaux embrouillèrent tant et si bien la question que, malgré les affirmations catégoriques de leurs auteurs, le différend dure encore.

Quatre opinions se partagent aujourd'hui la faveur des anatomistes : les uns considèrent le crémaster comme le vestige du gubernaculum testis ; les autres (ce sont les plus nombreux) en font une dépendance des muscles abdominaux ; les troisièmes admettent que la tunique érythroïde est formée tout à la fois par le gubernaculum et par des faisceaux de la ceinture musculaire du ventre ; les derniers, enfin (je ne devrais pas parler au pluriel car je n'en connais qu'un), le dernier, dis-je, veut que le crémaster soit indépendant du gubernaculum et des muscles abdominaux et le considère comme un organe autonome.

1° *Le crémaster est un vestige du gubernaculum.* — C'est l'opinion que défend Ph. Sappey dans son traité d'anatomie (1). « Le crémaster, dit-il, a été considéré comme une dépendance du petit oblique et du transverse. Cependant, depuis longtemps, l'observation a démontré de la manière la plus nette qu'aucun de ses faisceaux ne présente une pareille origine » ; en effet, ces faisceaux ne décrivent pas des anses à concavité supérieure, comme le croyait M. J. Cloquet, mais « tous suivent une direction longitudinale et parallèle, tous dépendent du gubernaculum testis qui leur donne naissance en se retournant au moment de la descente du testicule. » Et pourtant, Ph. Sappey fait remarquer, quelques lignes plus loin, que si « le dartos se contracte sous l'influence du froid, de la douleur, du spasme vénérien », on voit, au contraire, « le crémaster se contracter sous l'influence de toutes les causes qui mettent en jeu les muscles abdominaux, telles que la toux, les cris, le coït, etc. ». « Son action, ajoute-t-il, est intimement liée à celle de ces muscles. » Le Pr Tillaux (2) pense comme Ph. Sappey : « Lorsque le testicule est descendu, le gubernaculum présente une direction inverse de la direction primitive ; il se trouve retourné comme un doigt de gant et constitue le crémaster, en sorte que ce muscle ne doit pas être considéré comme un prolongement des fibres les plus inférieures des muscles petit oblique et transverse. »

2° *Le crémaster est une dépendance des muscles abdominaux.* —A côté de ceux qui, comme Jarjavay (3), Fort (4), Christopher Heath (5), se contentent de rapporter, sans prononcer entre elles, les opinions des auteurs qui les ont précédés, un grand nombre d'anatomistes font provenir le crémaster de la ceinture musculaire de l'abdomen. A citer parmi eux : Erasmus Wilson (6), Theile (7), Hushke (8), Petrequin (1), J. Hyrtl (2), A. Velpeau et B.-J. Béraud (3), Richet (4), Luschka (5), Henle (6), Sarazin (7), Gray (8), qui s'attache à démontrer pourquoi le crémaster se présente sous un aspect et avec une importance qui peuvent varier d'un sujet à l'autre. Après Cloquet et après Bourgery, il montre en effet que le testicule, dans sa migration, passe soit au dessous, soit au travers du petit oblique, et revenant ainsi sur ce point d'anatomie qui divisait (avec bien d'autres points encore) le Français Garangeot et l'Allemand Heister, il les met d'accord en leur donnant à tous deux satisfaction.

A cette opinion se rangent encore Ch. Morel et Math. Duval (9), Faneuil D. Weisse (10), Heitzmann (11), Debierre (12), Krause (13), Gegenbaur (14), Quain (15), Hertwig (16), Klaatsch (17), Rudinger (18) et Morris (19) qui, tout récemment encore, écrivait : « Le crémaster est *réellement* une partie détachée de l'oblique interne. C'est, enfin, l'interprétation donnée par Testut (20).

3° *Le crémaster est à la fois formé par le gubernaculum et par les muscles abdominaux.* — Quelques auteurs pensent qu'aux fibres du cordon gubernaculaire se joignent, pour former le crémaster, des faisceaux qui se détachent des muscles abdominaux.

(1) Ph.-C. Sappey : *Loco citato*, p. 599.

(2) P. Tillaux : *Traité d'anatomie topographique*. Chez Asselin, Paris, 1879, 2e édition, p. 789.

(3) J.-F. Jarjavay : *Traité d'anatomie chirurgicale*. Chez Labé, Paris, 1854, t. II, p. 563.

(4) J.-A. Fort : *Anatomie descriptive et dissection*. Chez Delahaye, Paris, 1886, 4e édition, t. III, p. 390.

(5) Christopher Heath : *Practical anatomy*. Chez A. Churchill, Londres, 1885, 6e édition, p. 198.

(6) Erasmus Wilson : *The anatomist's vade-mecum*. Chez J. Churchill, Londres, 1842, 2e édition, p. 187.

(7) F.-G. Theile : *Encyclopédie anatomique*, traduite par A.-J.-L. Jourdan. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1853, t. III, p. 180.

(8) E. Hushke : Idem. 1845, t. V, p. 361.

(1) J.-E. Petrequin : *Traité d'anatomie topographique*. Chez Victor Masson, Paris, 1857, 2e édition, p. 351.

(2) Jos. Hyrtl : *Handbuch der praktischen Zergliederungskunst*. Chez Wilhem Braumviller, Wien, 1860, p. 181.

(3) A. Velpeau et B.-J. Béraud : *Manuel d'anatomie chirurgicale*. Chez Germer Baillière, Paris, 1862, 2e édition, p. 419.

(4) A. Richet : *Traité pratique d'anatomie médicale et chirurgicale*. Chez Lauwereyns, Paris, 1877, 5e édition, p. 835.

(5) Hubert Luschka : *Die Anatomie des Menschen*. Zweiter Band, p. 110. Tubingen, 1863.

(6) J. Henle : *Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*. Zweiter Band, p. 441. Friedrich und Sohn, Braunschweig, 1874.

(7) Ch. Sarazin : Art. *Inguinal* in *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1894, t. XIX, p. 4.

(8) Henry Gray : *Anatomy descriptive and surgical*. Chez Henry Lea, Philadelphie, 1878, p. 881.

(9) Charles Morel et Mathias Duval : *Manuel de l'anatomie*, p. 1084. Chez Asselin, Paris, 1883.

(10) Faneuil D. Weisse : *Practical human anatomy*, p. 49. Chez William Wood, New-York, 1886.

(11) C. Heitzmann : *Die descript. und topogr. An. des Menschen*, p. 164 et 68. Chez Braumüller, Wien, 1887.

(12) Ch. Debierre : *Traité élémentaire de l'anatomie de l'homme*, p. 646. Chez Alcan, Paris, 1890.

(13) W. Krause : *Manuel d'anatomie humaine*, traduit par Louis Dollo, t. I, fasc. 2, p. 220. Chez Masson, Paris, 1888.

(14) C. Gegenbaur : *Traité d'anatomie humaine*, traduit par Ch. Julien, t. II, p. 678. Chez Reinwald, Paris, 1889.

(15) R. Quain's *Elements of anatomy*, vol. I, part. 1, p. 126. Chez Longmans, London, 1892.

(16) Oscar Hertwig : *Traité d'embryologie de l'homme et des vertébrés*, p. 354. Chez Reinwald, Paris, 1891.

(17) Klaatsch : *Ueber den descensus testiculorum*, in morph. Jahrbuch XVI, 4, analysé par Prenant, in *Revue des sciences médicales d'Hayem*, 1892, p. 17.

(18) N. Rudinger : *Précis d'anatomie topographique*, traduit par Paul Delbet, p. 186. Chez J.-B. Baillière, Paris, 1894.

(19) Henry Morris : *A treatise of hum. anatomy*, p. 432. Chez J. et A. Churchill, London, 1893.

(20) L. Testut : *Traité d'anatomie humaine*, 1re édit. et 2e édit., fasc. 3, p. 958. Chez O. Doin, Paris, 1894.

Chez la femme, au dire de Rouget (1), « les muscles transverse et petit oblique, conservant pendant toute la vie la disposition que les faisceaux striés du gubernaculum testis (futur crémaster) présentent chez les fœtus et les mâles des rongeurs et des insectivores, projettent dans le centre du ligament rond des anses très allongées qui dépassent la partie moyenne de ce ligament. » Je reviendrai plus loin sur ce point particulier de la question.

C'est cette hypothèse de la dualité du crémaster que semble adopter Cruveilhier (2) : « Toutefois, dit-il, ces anses si bien décrites par J. Cloquet sont très variables et ne me paraissent nullement constituer tout le muscle crémaster. Les anses les plus inférieures du petit oblique et du transverse, quand elles existent, en sont complètement distinctes. Le crémaster, voilà donc le vrai gubernaculum. »

Paulet (3) est plus explicite, qui écrit : « Outre ce muscle propre formé de deux faisceaux, l'un interne qui s'insère à l'épine du pubis, l'autre externe qui naît de la face supérieure de l'arcade crurale, la tunique érythroïde renferme encore un certain nombre de fibres ansiformes ou plutôt d'anses musculaires à concavité supérieure, dont les deux extrémités remontent dans le canal inguinal, dont la convexité descend plus ou moins bas; quelques-unes atteignent le fond du scrotum; il est à remarquer que ces anses sont toutes rassemblées en avant du cordon, ce qui s'explique par leur mode de formation; elles sont, en effet, constituées par les fibres les plus inférieures du petit oblique et du transverse entraînées hors de l'abdomen au moment de la descente du testicule. » Mais Paulet se déclare incompétent pour résoudre la question de savoir si le crémaster propre est ou non formé par le retournement du gubernaculum.

Chez mon maître, le Pr Farabeuf, apparaît une pointe de scepticisme : « Le crémaster dérive probablement du gubernaculum testis; l'on a coutume d'admettre que la partie centrale ou scrotale de ce gubernaculum, continuant à se raccourcir et agissant comme le bras introduit dans un bas pour le retourner, retourne la partie engainante ou inguinale du gubernaculum, et entraîne dans ce tube musculaire le testicule et tous les éléments du cordon. Si cette théorie est vraie, et Curling n'en doute pas, le crémaster n'est pas autre chose que la partie périphérique du gubernaculum testis. J. Cloquet a pensé que les anses musculaires qui enchâssent le cordon et le testicule n'étaient que des fibres du muscle petit oblique très allongées, dont le testicule s'était coiffé en perforant la partie abdominale pour effectuer sa descente. Il existe, en effet, généralement, devant la racine du cordon, des anses d'une flèche très courte, qui paraissent appartenir nettement au muscle petit oblique; et l'on explique les variétés que l'on remarque dans le nombre des faisceaux du crémaster, en disant que le testicule a pu sortir soit au-dessous du muscle petit oblique, entraînant à peine quelques-uns de ses faisceaux inférieurs, soit un peu plus haut, mais alors en se coiffant, en avant, en dessous et même en arrière, avec les fibres des muscles transverse et petit oblique. »

Beaunis et Bouchard (1) pensent « que la gaine musculaire du gubernaculum constitue une portion du crémaster, mais que celui-ci se compose aussi en partie de fibres provenant du petit oblique et en très grande quantité du transverse ». Charpy (2) croit que le crémaster n'est pas autre chose que la gaine striée du gubernaculum; « ce n'est pas, dit-il, une continuation des muscles larges de l'abdomen, bien qu'on le voie se contracter énergiquement avec eux dans la toux, le rire, l'effort », mais à lui « peuvent s'ajouter des fibres accessoires du petit oblique et du transverse ». Et Kuborn (3) défend, avec Cunningham, cette espèce de dualité de la tunique érythroïde.

Enfin, plus récemment, Bramann (4) a plaidé pour l'identité du crémaster et du gubernaculum testis dans un mémoire très étudié sur la migration testiculaire. Au dire de Bramann, le gubernaculum est formé, au centre, de tissu cellulaire et de vaisseaux; par-dessus ceux-ci s'appliquent un manchon celluleux et des fibres musculaires striées, *transversales en bas, obliques en haut* (qu'on n'oublie pas ce détail important); puis, le fascia transversalis et le péritoine recouvrent le tout. La couche musculaire du gubernaculum est le crémaster préformé; elle émane du petit oblique. Avant la descente du testicule, il n'y a donc pas de crémaster scrotal; le crémaster est abdominal. Et la preuve, dans la pensée de Bramann, que cette gaine striée du gubernaculum est bien le futur crémaster scrotal, c'est qu'elle est animée par le filet externe du rameau génital de la branche génito-crurale, filet qui plus tard, quand le testicule a accompli sa migration, se perd dans les bourses.

Il faut dire que Bramann a étudié le gubernaculum testis sur cinq fœtus de 6 à 7 mois, c'est-à-dire, sur des sujets qui, de son aveu même, ont le testicule tout près de l'orifice profond du canal inguinal « à moins de 5 à 8 millimètres ».

4° Le crémaster ne provient ni du gubernaculum ni des muscles abdominaux. — C'est, sans doute, l'opinion de Barrois, quoiqu'il ne la soutienne pas sous la forme que je viens de lui donner. Barrois (5) dit, en effet, d'une part : « L'opinion de Cloquet, celle qui fait du crémaster

(1) Charles Rouget : *Recherches sur les organes érectiles de la femme et sur l'appareil musculaire tubo-ovarien*, in *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux de Brown-Séquard*, 1858, t. I, p. 489.

(2) J. Cruveilhier : *Traité d'anatomie descriptive*, revu et augmenté par Marc Sée et Cruveilhier fils, 4e édit., t. I, p. 523 et t. II, p. 355 et 381. Chez Asselin, Paris, 1865.

(3) V. Paulet : *Traité d'anatomie topographique*, 1re partie, p. 633 et 645. Chez Masson, Paris, 1867, et *Résumé d'anatomie appliquée*, p. 293. Chez G. Masson, 1875.

(4) L.-H. Farabeuf : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Chez Masson, t. XXIII, 1re partie, art. *Crémaster*, p. 3.

(1) A. Beaunis et H. Bouchard : *Nouveaux éléments d'anatomie descriptive.* Chez J.-B. Baillière, Paris, 1885, 4e édit., p. 812 et 1041 et 5e édit., p. 825 et 1050.

(2) Ad. Charpy : *Organes génito-urinaires.* Leçons publiées par Armand Luis, p. 114. Chez Cassan fils, Toulouse, 1890.

(3) P. Kuborn : *Guide de dissection et résamé d'anatomie topographique*, p. 288. Chez Marcel Nierstasz, Liège, 1890.

(4) F. Bramann : *Beitrag zar Lehre von dem Descensus testicalorum und dem Gubernaculum Hunteri des Menschen*, in *Arch. für Anat. and Entwiekelungsgesch.* von His und Braune, 1884. Traduit par F. Tourneux et G. Hermann, in art. *Testicule* du *Dietionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XVI, 3e série, p. 561, à Paris, chez Masson; et traduit par Paul Bezançon, in *Etude sur l'ectopie testieulaire du jeune âge et son traitement*, thèse in Paris, 1892, n° 231, p. 10.

(5) Th.-Ch. Barrois : *Contribution à l'étude des enveloppes du testicule*, thèse in Lille, 1882, n° 34, p. 17.

une dépendance des muscles abdominaux, basée évidemment sur des dissections incomplètes et peut-être aussi sur des idées préconçues, est absolument rejetée maintenant. » Il serait choquant de voir Barrois porter un jugement si léger sur le mémoire, de tous points très remarquable, écrit par Cloquet, s'il n'était facile de se convaincre, en lisant la thèse de l'auteur, qu'il a attaqué, sans l'avoir suffisamment médité, un travail qui est, au contraire, de ce qu'il affirme, très riche en documents. Ailleurs, on lit dans la brochure de Barrois : « Chez des embryons où le testicule était encore situé très haut dans l'abdomen, je n'ai jamais pu constater la présence du faisceau externe et strié du gubernaculum qui doit devenir plus tard le crémaster externe. » Ce qui veut dire, si je ne m'abuse, que Barrois ne croit pas à l'existence des faisceaux périphériques du gubernaculum qui, au dire de Curling, deviendraient, après la migration du testicule, le muscle crémaster strié. Enfin, Barrois n'accepte pas davantage que l'origine du crémaster strié soit le faisceau central du gubernaculum, puisque, dit-il (p. 52) : « Malgré les plus minutieuses recherches, il lui a été impossible de découvrir, dans ce faisceau central, la moindre trace de fibres striées. » Ainsi donc, le crémaster ne dépend ni de la ceinture charnue de l'abdomen, ni des faisceaux périphériques du gubernaculum, ni du faisceau central de celui-ci : « C'est donc un muscle spécial et indépendant » (p. 17). Pour Barrois, sans doute ; mais je ne crois pas qu'on soit, comme il le dit, « généralement d'accord » avec lui sur ce point.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin. — Présidence de M. Monod.

De la cholédochotomie.

M. Ricard. — Les observations de cholédochotomie n'étant pas encore très nombreuses, il m'a paru intéressant de vous communiquer le fait suivant : un homme âgé d'une cinquantaine d'années, qui, depuis longtemps, était atteint de coliques hépatiques répétées avec ictère, vit subitement, l'an dernier, ces coliques devenir subintrantes en même temps que l'ictère, jusque-là passager, prenait un caractère persistant. La coloration de la peau s'accentuait, l'état général périclitait, et c'est dans un état de cachexie assez manifeste que le patient alla consulter M. Hanot. Ce dernier porta le diagnostic de rétention biliaire d'origine lithiasique, due probablement à un calcul du cholédoque, et conclut à l'intervention. Mais le malade, un peu pusillanime, ne sut s'y résoudre immédiatement, et ce n'est qu'au bout de quelques semaines qu'il vint me voir. Son état s'était notablement aggravé : l'émaciation était extrême, la langue sèche, et on notait un état fébrile qui persistait sans rémission.

C'est dans ces conditions que je pratiquai chez cet homme la laparotomie médiane sus-ombilicale. Après incision de la paroi abdominale, je me dirigeai directement vers la vésicule biliaire qui, à mon avis, constitue le premier point de repère. J'eus beaucoup de peine à la trouver, car elle était perdue au milieu d'adhérences fibreuses. Elle était très rétractée et contenait trois petits calculs, absolument à sec, que je pus extraire. Les lèvres de l'incision étant maintenues écartées, je fis une tentative de cathétérisme du canal cholédoque, mais sans aucun succès. Je fermai alors avec une pince l'incision de la vésicule et m'attachai à découvrir le canal cholédoque. Pour cela, je me mis à la recherche de l'hiatus de Winslow. Or, les adhérences l'avaient comblé et oblitéré de telle sorte que je ne pus reconnaître le canal cholédoque qu'en exerçant une traction sur la vésicule biliaire et en suivant le cordon du canal cystique. J'arrivai ainsi sur le cholédoque et y sentis un petit calcul ellipsoïde, mobile, que je fis rétrograder dans le canal cystique, d'où il me fut facile de l'extraire par une incision. J'essayai à nouveau de sonder le canal cholédoque et perçus un nouvel obstacle. Je disséquai alors ce conduit jusqu'à l'ampoule de Vater, où je sentis encore quelques corps durs, mobiles, que je fis remonter également ; je pus enlever ainsi quatre autres calculs. Après leur ablation, la sonde pénétra facilement dans le duodénum. Je terminai l'opération par un drainage avec de la gaze iodoformée et deux gros drains. Les suites opératoires furent des meilleures. Il n'y eut plus de fièvre ; le quatrième jour je purgeai le malade, qui eut une selle encore décolorée. Tout alla bien jusqu'au dixième jour. A ce moment, il se fit par la plaie une décharge biliaire, et les selles se décolorèrent de nouveau. Pendant sept à huit jours l'écoulement de bile eut lieu exclusivement par la fistule, et le malade rendit une série de calculs biliaires dans son pansement, calculs qui provenaient évidemment des voies supérieures. Cette fistule persista cinq semaines environ. La décoloration des téguments s'effectua lentement ; au bout de six semaines la fistule était tarie, et la guérison était complète.

J'ajouterai peu de réflexions à la communication que je viens de faire. On a discuté sur le choix de l'incision. J'ai poursuivi un certain nombre de recherches anatomiques qui m'ont amené aux conclusions suivantes : si on veut aller à la recherche de la vésicule, il faut avoir recours à la laparotomie latérale, qui y conduit directement ; mais si l'on veut se porter sur le cholédoque, c'est à l'incision médiane qu'il faut donner le choix. J'insiste encore sur ce point que, quand le calcul est mobile, il est utile de le faire remonter et de l'amener à la surface ; cette manœuvre facilite la suture de l'incision biliaire.

Sciatique fémoro-fessière d'origine variqueuse traitée avec succès par la dénudation et la dissociation du nerf.

M. H. Delagénière (du Mans). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de névralgie fémoro-fessière restée rebelle à toute espèce de traitement. Pensant avoir affaire à un de ces cas sur lesquels M. Quénu a appelé l'attention, et qui guérissaient par la ligature des veines variqueuses, je pratiquai une incision, mais ne rencontrai pas de varices. Par contre, je trouvai le nerfs sillonné par de petites veines dilatées. Je le dénudai sur une certaine étendue et pratiquai à ce niveau une sorte de hersage à la gaze, qui ouvrit et rompit tous les vaisseaux superficiels. Mais, remarquant que ces vaisseaux pénétraient dans l'épaisseur du tronc nerveux, je dissociai, avec les mors d'une pince hémostatique pointue, toute l'épaisseur du nerf, ouvris ainsi un grand nombre de vaisseaux et terminai par un attouchement au chlorure de zinc à 1/10°. J'obtins de la sorte un succès complet.

M. Lucas-Championnière. — Si je comprends bien la description que vient de nous faire M. Delagénière, notre collègue ne s'est pas trouvé en présence d'un cas semblable à ceux que M. Quénu a signalés, puisqu'il n'a pas rencontré de varices. En réalité, il a fait ce qu'on pratique souvent : il a dégagé le nerf de la gaine dans laquelle il était comprimé, d'où le succès qu'il a obtenu.

M. Quénu. — Je ne crois pas qu'il soit nécessaire qu'il y ait de grosses varices pour qu'on soit en droit d'attribuer les névralgies à un état variqueux. Ce n'est d'ailleurs pas, d'une façon générale, à l'état variqueux que sont dues les douleurs, mais plutôt à des phlébites de petites varices du tronc nerveux.

Traitement des fractures de jambe.

M. Kirmisson. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur une observation de M. Hartmann. Il s'agit d'une fracture de jambe vicieusement consolidée, ponr laquelle il a pratiqué une ostéotomie suivie d'extension continue dans l'appareil de M. Hennequin. Ce cas a trait à un malade de vingt et un ans qui, en juin 1895, se fit une fracture de jambe très oblique. On appliqua un premier appareil plâtré, puis, au bout de quelques jours, un second; enfin, on mit un troisième appareil, qui resta en place pendant trente jours. Deux mois après l'accident, le malade se présenta à l'hôpital Bichat, où l'on constata un chevauchement considérable avec saillie du fragment inférieur; en outre, la consolidation était loin d'être complète. Il y avait un raccourcissement de 4 centimètres et une rotation du pied en dehors. En présence de l'infirmité qui résultait de cet état de la jambe, M. Hartmann pratiqua une incision en U renversé dont les deux branches correspondaient, l'une à la fracture du tibia, l'autre à celle du péroné; il sépara les fragments avec le histouri et la gouge, puis essaya la réduction. Mais celle-ci ne fut possible qu'après la résection de 4 centimètres du tibia. On fit une suture de la plaie avec drainage, et on plaça le membre dans l'appareil à chariot de M. Hennequin. Au bout de six semaines on enleva l'appareil; la consolidation n'étant pas encore assez complète, on le réappliqua encore pendant quinze jours. Enfin, on mit un dernier appareil plâtré, et, trois mois après l'accident la consolidation était parfaite et le malade possédait un membre en excellent état, lui permettant de marcher sans claudication.

Cette observation nous ramène à la discussion du meilleur traitement des fractures de jambe, question que nous avons déjà discutée il y a deux ans, à la suite d'un travail de M. Roux de Brignolles fils (de Marseille), dans lequel ce dernier préconisait la suture directe des fragments. Je persiste à croire qu'on peut obtenir d'excellents résultats par des moyens plus simples, et l'observation actuelle en est une preuve nouvelle. Je pense que beaucoup des résultats défectueux consécutifs à l'emploi de ce mode de traitement doivent être imputés à l'appareil plâtré, appliqué immédiatement sans le secours de la chloroformisation. Or, j'estime qu'une honne réduction ne peut être ohtenue que sous la résolution chloroformique. Quant à l'extension continue, j'en apprésie depuis fort longtemps les avantages dans les fractures de jambe, car dès 1887 j'ai fait fabriquer par M. Collin une guêtre de cuir dans ce but, et les résultats que j'en ai obtenus sont très satisfaisants.

Résection du rectum.

M. Chaput. — Sur 10 résections du rectum pratiquées d'après la méthode de Kraske, je compte 8 guérisons et 2 morts, l'une par bronchopneumonie et l'autre par déchirure de l'uretère dans un cas presque inopérable. Sur 6 cas qui ont été suivis, j'ai vu survenir 2 récidives assez rapides; un autre malade, opéré il y a deux ans, est actuellement en pleine récidive, mais sa santé générale est parfaite et il n'a pas de troubles fonctionnels; enfin, 3 cas opérés depuis deux et cinq ans sont restés sans récidive. Dans 2 cas, il n'y a pas eu de prolapsus : dans l'un, j'avais fait la suture circulaire; dans l'autre, j'avais tordu le hout supérieur suivant la méthode de Gersuny. Dans 2 autres cas, où ces précautions n'avaient pas été prises, j'ai observé du prolapsus. L'opération de Kraske me paraît donc peu dangereuse, et, d'après mon expérience, le cancer du rectum est un de ceux qui récidivent le moins.

Au point de vue de la technique opératoire, je conseille de faire, deux jours à l'avance, l'anus préliminaire sur le côlon transverse. Je pratique l'incision en V. Je résèque le coccyx et respecte le sacrum. Autant que possible, je suture circulairement les deux bouts; en cas d'impossibilité, je fixe à la peau le bout supérieur tordu selon la méthode de Gersuny.

Le procédé de Hochenegg (invagination du hout supérieur dans le hout inférieur) me paraît devoir être rejeté.

Les ligatures sont inutiles. On ne sutnrera pas la pean; enfin on hourrera la plaie avec de la gaze aseptique imbibée d'une solution phéniquée faible.

M. Potherat fait une communication sur un cas de myxome des deux ovaires.

M. Chevassu (médecin militaire) présente un malade trépané pour une fracture du crâne avec enfoncement.

(Semaine Médicale.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin.

Sur la variabilité d'épaisseur des os du crâne.

M. Lagneau. — Je ferai remarquer à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Péan, que l'épaisseur des os du crâne varie considérablement suivant les races. Cette épaisseur varie également avec l'âge. Habituellement, les vieillards ont le crâne moins épais que les adultes. Quant aux exostoses intra et extra-crâniennes, on les observe surtout chez des syphilitiques; cependant il y a même des hyperostoses généralisées et des exostoses circonscrites qui ne paraissent nullement être d'origine syphilitique.

(Semaine Médicale.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 juin.

Hémophilie chez une fillette de 11 mois.

M. Comby. — Rare en France et surtout à Paris, l'hémophilie peut se présenter à nous sous forme sporadique. J'en ai vu tout récemment un cas chez une fillette de 11 mois, qui, depuis les premières semaines de sa vie, inquiétait son entourage par des pertes de sang répétées et prolongées. A l'âge de 3 semaines, cette enfant a commencé à avoir des épistaxis, des ecchymoses cutanées multiples, des hémorrhagies buccales et linguales, du melæna, etc. On me l'a conduite aujourd'hui pour une nouvelle épistaxis qui dure depuis la veille et qui s'accompagne de nombreuses macules ecchymotiques sur le tronc et sur les membres. Hier, elle avait une hémorrhagie linguale et une hémorrhagie auriculaire qui se sont arrêtées. Toutes ces pertes de sang se font d'une façon soudaine, sans aucune provocation.

L'enfant, quoique pâle, est assez forte, vigoureuse; elle se tient debout et commence à marcher.

La mère, qui la nourrit au sein, est une femme de 33 ans, bien portante, non hémophile, née aux environs de Clermont-Ferrand; de son côté, il n'y a pas de tare hémophilique. Le père, âgé de 31 ans, très brun, également Auvergnat, est d'une santé chancelante. Il a eu, il y a quelque temps, des accidents cérébraux pour lesquels il a été soigné à l'hôpital Sainte-Antoine (aphasie, etc.). Son frère, oncle de la petite malade, était un hémophile avéré; après avoir eu de nombreuses hémorrhagies spontanées, il a fini par succomber à 21 ans à une épistaxis incoercible. Pas d'autres renseignements sur les antécédents héréditaires de l'enfant.

Je dois ajouter qu'à l'âge de 9 mois elle avait avalé en jouant une épingle de sûreté de plus de 3 centimètres de long. Ce corps étranger est parvenu à l'anus 88 heures après l'ingestion et il a pu être extrait par un médecin sans effraction hémorrhagipare.

Le cas m'a paru digne d'une présentation, d'une part à cause du jeune âge du sujet, d'autre part à cause de son sexe. On sait que l'hémophilie est très rare chez les filles (10 ou 11 garçons pour une fille), quoiqu'elle se transmette par elles.

Le pronostic est très inquiétant pour l'avenir; la plupart des hémophiles meurent jeunes, et, s'ils se marient, ils engendrent des hémophiles. Traitement purement palliatif et incertain.

Contagion de la syphilis par un rasoir.

M. Catrin. du Val-de-Grâce. — M. X..., 27 ans, contractait, en septembre 1894, un chancre infectant, bientôt suivi d'affections secondaires : roséole, plaques muqueuses. Les poussées de plaques muqueuses sont assez fréquentes, et, malgré le traitement, semblent pen s'amender.

En juillet 1895, le père de ce jeune homme, se servant du rasoir de son fils, se coupe au menton; la coupure se transforme en une ulcération à bords indurés, accompagnée d'adénite sous-maxillaire très douloureuse et assez volumineuse. Le chancre n'est cicatrisé qu'en décembre et, à cette époque, apparaît une roséole caractéristique. On traite par le protoiodure, à doses assez élevées (20 centigrammes), ce qui amène une stomatite grave, altérant de notable façon la santé générale du malade, qui est âgé de 71 ans et avait jusque-là joui d'une santé excellente. La guérison de cette stomatite est longne à obtenir; en mars 1896, paraît une iritis double qui entraîne rapidement l'acuité visuelle à 1/8 à droite, à 1/14 à gauche, mais qui s'amende rapidement sous l'influence du traitement mixte en ayant soin de graduer l'administration de mercure. Le 25 avril, les deux yeux ont comme acuité visuelle 1/3; les déformations pupillaires persistent.

L'auteur insiste sur ce fait que, selon le terrain, la maladie de bénigne est devenue grave, ce qui démontre, une fois de plus, l'importance des observations cliniques, peut-être un peu négligées aujourd'hui.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895.

M. Sevestre. — J'ai l'honneur de soumettre à la Société les résultats statistiques du service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades depuis janvier 1895.

Tous les malades, sauf de très rares exceptions, ont subi, dès le moment de leur entrée à l'hôpital, une injection de sérum de Roux. La première injection était généralement de 20 centimètres cubes, quelquefois seulement de 10 centimètres cubes chez de très jeunes enfants ou dans des cas très légers, parfois, enfin, de 30 centimètres cubes dans les cas graves.

Le plus souvent, cette injection était la seule et j'ai constaté qu'il était, en général, inutile de la répéter; cependant, dans les cas de croup et dans les angines graves, il est souvent nécessaire de faire une seconde et troisième injection de 10 centimètres cubes, à 12 ou 24 heures de distance.

En dehors des injections de sérum, les petits malades étaient soumis aux lavages de la gorge avec la liqueur de Labarraque au 1/20e et recevaient une alimentation convenable et des toniques.

Enfin, je n'ai pas cru devoir me priver des autres ressources de la thérapeutique; lorsqu'il existait des phénomènes d'embarras gastriques ou d'infection intestinale, je prescrivais des purgatifs, et, en particulier, le calomel, que j'ai toujours vu très bien supporté; d'ailleurs, et surtout dans les cas de croup ou de bronchite, je donnais le benzoate de soude; dans les cas de broncho-pneumonie, j'ai eu recours aux bains froids, et souvent avec avantage; enfin, chez les enfants déprimés, profondément infectés, j'ai employé les injections de caféine, on encore les injections de sérum artificiel.

Plusieurs de mes petits malades ont certainement dû la vie à l'emploi de ces moyens.

Ceci dit, examinons les résultats obtenus.

Il faut ranger, dans un premier groupe, tous les enfants admis directement au pavillon Trousseau, avec le diagnostic probable, mais non positif, de diphtérie. Ce groupe forme un ensemble assez disparate, dans lequel figurent, à côté des diphtéries vraies, des cas de broncho-pneumonie, de tuberculose, de fièvres éruptives et même de corps étrangers des voies aériennes. Les chiffres obtenus ainsi sont ceux qu'il faut comparer avec ceux que donnaient, dans les années précédentes, les anciennes méthodes de traitement. En prenant les cinq dernières années, on trouve les chiffres suivants :

En 1890,	mortalité...........	55.88 0/0
1891,	—	52.56
1892,	—	47.64
1893,	—	48.47
1894,	—	21.68
1895,	—	13.85

Si l'on retranche maintenant de cette statistique 71 malades morts dans les 24 heures qui ont suivi leur admission, on arrive à un chiffre de mortalité de 8.13 0/0.

Plusieurs épidémies de nature différente sont venues, d'ailleurs, aggraver le pronostic de la diphtérie : grippe, rougeole ; et il faut tenir compte de ces facteurs de gravité.

Un second groupe doit renfermer les cas basés sur l'examen bactériologique. On voit, d'abord, qu'un grand nombre d'enfants entrés au pavillon Trousseau ne sont pas atteints de diphtérie (262 cas avec 25 décès).

Les cas de dipthérie positive, constatés à l'examen bactériologique, ont donné une mortalité globale de 15.14 pour 100 et une mortalité réduite de 9.35.

Pour la diphtérie pure, on trouve une mortalité globale de 9.94 pour 100 et une mortalité réduite de 6.11 pour 100. Pour les diphtéries associées, les chiffres correspondants sont de 19.34 et de 12.11. En d'autres termes, la diphtérie associée a donné une mortalité double de la diphtérie pure.

En opposition avec l'opinion de plusieurs de mes collègues, je me suis absolument convaincu que l'association du streptocoque aggrave singulièrement le pronostic de la diphtérie, et je crois, d'ailleurs, que ces deux formes peuvent être distinguées d'après leurs caractères cliniques.

A ce propos, il me paraît nécessaire de dire quelques mots du sérum de Marmorek, que j'ai employé à différentes reprises. Je crois que le sérum de Marmorek peut être employé dans les diphtéries compliquées de streptocoque, mais il ne faut pas s'attendre à une action bien positive ; tout au plus, peut-on espérer une modification dans l'état de la gorge et des ganglions, sans pouvoir compter sur une action anti toxique générale.

Quant aux accidents imputables au sérum, je ne m'y arrêterai pas, car je ne pourrais que reproduire les considérations que j'ai présentées à la Société le 19 juillet 1895 et le 31 janvier 1896.

Il faut maintenant considérer à part les cas de croup et étudier les résultats du traitement spécial à cette forme de diphtérie. Tous les malades ont été soumis au traitement ordinaire de la diphtérie ; chez un bon nombre d'entre eux, nous nous sommes bornés à ces soins ; chez d'autres, il a fallu recourir à une intervention et combattre l'obstruction laryngée, soit par le tubage, soit par la trachéotomie.

Lorsque les enfants entraient avec un croup au début ou avec un tirage modéré, on pouvait, presque toujours, attendre les résultats du sérum, et c'est dans ces cas surtout qu'il y a intérêt à injecter des doses assez fortes de sérum (30 et quelquefois 40 cc.). A cette période d'ailleurs, l'obstruction laryngée est causée en partie par le spasme glottique, et l'on se trouve bien d'employer les antispasmodiques tels que l'éther ou l'antipyrine, mieux encore, les enveloppements froids et le séjour de l'enfant dans une atmosphère de vapeurs. Cette dernière pratique a, en outre, l'avantage de favoriser le détachement des fausses membranes. Dans un assez grand nombre de cas, même chez des enfants qui présentaient un tirage assez prononcé, il a été possible de retarder et même d'éviter l'intervention.

Le tubage a été pratiqué généralement avec le tube court, plus

facile à introduire, plus facile à enlever et qui, pendant son séjour, reste perméable au moins aussi bien que le tube long.

Le tube est maintenu en place généralement 3 ou 4 jours et quelquefois moins; d'autres fois, il a dû être laissé pendant plusieurs semaines, sans déterminer le moindre accident du côté du larynx.

Je ne veux pas insister plus longtemps sur le tubage, je dirai seulement que les accidents, pouvant résulter d'une obstruction ou du rejet du tube, surviennent souvent avec une telle rapidité que les enfants soumis à cette pratique doivent être surveillés de très près. La trachéotomie n'a été pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles et chez des enfants déjà tubés sans succès.

Telles sont les pratiques thérapeutiques employées et les résultats obtenus pendant l'année 1895. Les chiffres sont suffisamment démonstratifs et plaident victorieusement en faveur de la sérumthérapie.

M. d'Helly. — Je désire demander à M. Sevestre quelle est, d'après lui, l'action du sérum sur les complications de la diphtérie, et, particulièrement, sur les paralysies diphtériques.

M. Sevestre. — Je ne puis faire une réponse basée sur une statistique formelle; il me semble que les paralysies sont encore relativement fréquentes, elles sont même plus précoces, mais beaucoup moins intenses; elles cèdent rapidement et sans traitement.

M. Netter. — Je crois pouvoir dire que les paralysies diphtériques diminuent de fréquence maintenant que nous employons la sérumthérapie; mais cependant je ne puis fournir de chiffres à l'appui de mon assertion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 juin.

Action toxique de l'eau distillée en injection intraveineuse.

MM. Bosc et **Vedel** montrent que l'eau distillée en injection intraveineuse a sur l'économie une influence nocive qu'il est important de connaître.

A dose considérable, elle peut entraîner la mort immédiate. Aux doses faibles de 30, de 25, de 20 centimètres cubes par kilogramme, on peut voir la mort survenir fort rapidement, ou du moins on assiste à l'éclosion de phénomènes toxiques très sérieux. La calorification est peu modifiée, mais la respiration est, au contraire, fort atteinte. Quant à la circulation, d'abord elle est accélérée, puis progressivement elle se ralentit. Les troubles du système nerveux se traduisent par de la douleur, de la somnolence, de l'affaisement. Une lassitude extrême persiste, si ces différents phénomènes n'ont pas abouti à la mort. Enfin, il faut encore signaler la production facile d'hémorrhagies, comme le montrent les autopsies et la fréquence des hématuries et des selles sanglantes pendant la vie. Examine-t-on le sang au microscope, on reconnaît que les globules sont détruits ou décolorés.

Cette action toxique énergique de l'eau distillée sur le sang et les grandes fonctions de l'organisme suffit à faire rejeter l'emploi de ce liquide en injection intraveineuse dans la pratique.

Bactériologie des fièvres gastriques.

M. Dubois, pendant une épidémie de fièvre gastrique, a fait chez quatre malades l'examen bactériologique du sang obtenu par ponction de la rate.

Deux fois le sang n'avait aucun élément pathogène. Deux fois, au contraire, on y a trouvé du coli-bacille, comme l'ont fait voir l'examen microscopique, les cultures et l'inoculation aux animaux. On peut assez vraisemblablement en conclure que c'est le coli-bacille qui a provoqué les symptômes de fièvre gastrique, semblables à ceux de la fièvre typhoïde au début.

Inoculabilité à l'animal du microsporon Audouïni.

M. P. Courmont a réussi à inoculer aux animaux le microsporon Audouïni, le parasite de la teigne tondante rebelle des enfants.

De ces expériences, l'auteur peut conclure à l'inoculabilité du microsporon Audouïni aux animaux, comme le lapin, le cheval, le cobaye. Il a produit par ce procédé des lésions analogues à celles des tricophyties expérimentales. Mais, fait à noter, les lésions ainsi produites sont bénignes et durent environ six semaines.

Névrites périphériques par intoxication cholérique.

M. J. Courmont, en son nom et au nom de MM. Doyon et Paviot, communique l'observation d'un lapin à qui il inocula une culture filtrée du vibrion de Massaouah, et qui, treize jours plus tard, devint paraplégique. Cette paraplégie s'accompagnait d'anesthésie des jambes et de paralysie vésicale; trois jours après le lapin mourut. En examinant les lésions dont il était atteint, on vit des névrites périphériques sans lésions médullaires centrales, indépendamment des lésions centrales secondaires aux névrites. Les muscles étaient indemnes. Les auteurs ont ainsi produit des névrites cholériques expérimentales, ce qui est le premier exemple de cette affection expérimentalement provoquée.

Action anticoagulante de la peptone sur le sang in vitro et in vivo.

MM. Gley et **Camus** ont voulu voir la différence de l'action de la peptone in vivo et in vitro. D'après leurs expériences, il faut de onze à quinze fois plus de peptone pour agir sur la même quantité de sang in vitro. En outre, ils ont vu qu'une solution de peptone, à dose élevée, lorsqu'elle passe dans un segment artériel périphérique, agit comme elle agirait in vitro. Enfin l'action anticoagulante in vitro ne s'explique pas par le phénomène de la peptone vitale des globules blancs. Par conséquent, le fait est également vrai pour la peptone agissant in vivo.

Action de la chaleur sur le virus claveleux.

M. Duclert, ayant exposé à 25 degrés pendant douze jours le virus claveleux, vit que celui-ci avait perdu toute son activité. Mais il faut également reconnaître que cette action est proportionnelle à la durée de l'exposition à la température de 25 degrés. En effet, après onze jours, le virus claveleux est encore capable de provoquer un accident local délimité et de faible étendue chez des sujets à faible résistance.

M. Charrin rappelle qu'une série d'agents peut atténuer les virus, et que ces agents agissent même sur les sécrétions des germes. C'est ainsi que M. Duclert a atténué le virus de la clavelée avec la chaleur; mais, au lieu d'avoir recours aux températures élevées, comme celles de 42° ou de 44°, il a préféré exposer le virus à 25° pendant douze jours.

Etude de l'acromégalie par les rayons de Rœntgen.

M. Marinesco s'est servi des rayons de Rœntgen pour étudier l'acromégalie, et a vu que, dans l'acromégalie à type massif, l'hypertrophie des parties molles est plus considérable que dans l'acromégalie du type géant, et dans une assez notable proportion.

Sérothérapie du proteus vulgaris.

M. de Nittis rappelle que l'on rencontre souvent le proteus vulgaris associé à d'autres microbes dans la gangrène du poumon, dans les pleurésies gangreneuses. Dans ce dernier genre de maladie, il peut même exister seul.

Aussi comprend-on l'utilité de faire intervenir la sérothérapie contre ce microorganisme. L'auteur a fait du sérum en sacrifiant des cobayes qui, une semaine auparavant, avaient reçu dans le péritoine des cultures virulentes de proteus vulgaris, à une dose capable de tuer trois kilogrammes de lapin, en vingt-quatre heures, par les veines.

On a fait des essais sur des lapins, très sensibles au proteus. On leur inoculait des cultures de proteus dans la veine marginale de l'oreille, à dose capable d'amener la mort en vingt-quatre heures, ou bien on leur injectait cette même dose de sérum, mais après l'avoir mélangée avec le sérum décrit plus haut.

Les expériences faites dans ces conditions donnèrent les résultats suivants : à faible dose, par les cultures, on provoque un amaigrissement rapide ; à dose plus forte, les animaux furent trouvés morts, s'ils étaient traités par les cultures seules ; ils étaient vivants si à ces cultures on avait adjoint le sérum.

Rôle des pyramides antérieures du bulbe.

MM. Wertheimer et **L. Lepage**, expérimentant sur des chiens les pyramides antérieures du bulbe, sont arrivés aux conclusions suivantes, en opposition avec les résultats formulés par Brown-Séquard :

Par excitation, avec le courant induit, de chaque pyramide, on détermine des mouvements localisés au membre du côté opposé à celui de la pyramide excitée. Après section en travers des pyramides, l'excitation de la partie du faisceau striée au-dessous de la section reste aussi efficace que précédemment.

On peut en conclure que si les pyramides se comportent comme des conducteurs centrifuges, elles ne sont pas nécessaires à la transmission. On a vu, en effet, que la faradisation de l'écorce cérébrale provoque les mouvements habituels dans les membres opposés, même après section des faisceaux de la pyramide antérieure.

Hyperazoturie par injections de sérum antidiphtérique et de sérum de cheval non immunisé.

M. G. Poix a constaté que des injections de sérum antidiphtérique de 5 centimètres cubes dans le tissu cellulaire sous-cutané du flanc du lapin provoquent une augmentation de l'urée. Cette hyperazoturie, sans être considérable, est néanmoins constante et dure deux à six jours. Après ce temps, l'urée revient à un taux normal.

Ces faits confirment les résultats expérimentaux obtenus par MM. Charrin et Roger, et les constatations chimiques de MM. Variot et Mongonr faites chez les diphtériques soumis au traitement par la sérothérapie.

En effet, le sérum non immunisé a produit une augmentation du taux de l'urée analogue à celle produite par le sérum antidiphtérique.

C'est pourquoi l'augmentation de l'urée, d'après l'auteur, n'a pas pour facteur l'antitoxine, à la suite des injections de sérum antidiphtérique, mais bien le sérum lui-même ; en effet, le sérum de cheval non immunisé détermine la même modification.

M. Charrin constate que M. Poix a établi que l'augmentation de l'urée après injection de sérum antitoxique est due au sérum et non à l'antitoxine. La partie minérale seule du sérum provoque le même résultat.

Mais ajoute-t-on de fortes doses de solutions aqueuses minéralisées, on produit l'hypoazoturie. 1 par kilogramme élève, 10 par kilogramme abaisse. Ce sont là des faits qu'il est bon de bien établir.

Des infections expérimentales chez le lapin splénectomisé.

M. Courmont a recherché avec M. Duffan quel était le rôle de la rate dans la défense de l'organisme. Différents travaux ont déjà paru pour élucider l'influence de la splénectomie sur la marche des infections. Mais ils ont le tort de considérer les expériences portant sur tel on tel microbe comme capables de se généraliser, et de ramener la défense de l'organisme à un seul et même procédé pour toutes les infections, de quelque microbe qu'elles relèvent.

Dans leurs expériences, les anteurs ont fait la splénectomie au lapin, animal qui la supporte sans maigrir. A ces lapins et à des lapins témoins, ils ont injecté des cultures virulentes ou atténuées de streptocoque, de staphylocoque et de bacille pyocyanique.

Les lapins splénectomisés depuis deux à vingt-neuf jours sont beaucoup plus sensibles que les témoins au bacille pyocyanique. La même remarque s'applique au staphylocoque. Mais pour le streptocoque, c'est le fait inverse qui se produit. Le lapin splénectomisé depuis quelques jours ou seulement quelques heures résiste mieux que le témoin ; il survit à celui-ci si le streptocoque est atténué.

La rate joue un rôle fort utile dans la défense contre le bacille pyocyanique et le staphylocoque. Elle joue un rôle nuisible dans la défense contre le streptocoque, que celui-ci soit virulent ou atténué.

Enfin, immuniser un lapin dératé contre le streptocoque est plus difficile que d'immuniser un lapin à qui la rate n'a pas été enlevée.

M. Charrin considère que la question est plus complexe encore, et rappelle que Montuori a obtenu avec le même agent des résultats variables, suivant le temps écoulé entre la splénectomie et l'inoculation. On doit, en effet, songer aux suppléances, auxquelles il faut laisser le temps de s'établir.

M. Charrin ajoute qu'il a toujours pu vacciner des lapins dératés contre le bacille pyocyanique.

Réaction de la créatinine dans les urines.

M. Gley dépose une note de M. Œschner de Coninck, montrant qu'il ne faut pas considérer comme spéciale à la créatinine la réaction au nitro-prussiate de soude sur les urines légèrement alcalinisées, mais que cette réaction décèle aussi l'acétone.

Radiographie d'un nouveau-né.

M. d'Arsonval montre une épreuve positive de radiographie faite après la mort, d'un corps entier d'un nouveau-né.

M. Minot présente un *microtome automatique nouveau*.

M. Phisalix dépose une note de M. Mongié sur un *kyste séreux de l'abdomen chez une poule rétrocédant sous l'influence de la suppression des boissons.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 21 avril 1896.

Infection à streptocoques. — Sérum de Marmorek. Mort. — Lésions de nécrobiose cellulaire.

MM. G. Durante et **L. Siron.** — Observation d'une femme de 28 ans, primipare, ayant accouché le 23 mars 1896, à 7 mois 1/2. Deux jours après, la température s'élève pour arriver à 39°9 le cinquième jour au matin. Curettage le troisième jour et injections de sérum anti-streptococcique (50 centimètres cubes en 3 jours) qui font tomber 2 jours la température un peu au-dessous de 38°. Nouvelle injection de 10 centimètres cubes de sérum amenée par nouvelle élévation à 39° de la température. Défervescence presque complète (38° au maximum) pendant 4 jours et mort avec agitation assez intense.

A l'autopsie, pas de lésions pelviennes, utérus sain, bronchopneumonie nodulaire, foie anémique, rein infectieux.

Bactériologiquement, streptocoques à grosses et à petites chaî-

nettes, trouvés dans le sang de la trompe et le liquide encéphalo-rachidien. On en avait constaté également dans les débris du curettage.

Histologiquement, néphrite infectieuse épithéliale presque pure. Dans le poumon et le pancréas, thrombose formant le centre de nodules non inflammatoires constitués par des éléments nécrosés. Foie interverti, système porte normal : nécrose cellulaire généralisée et systématisée sus-hépatique. Pas d'îlots infectieux.

Dans les coupes on ne trouve des streptocoques que dans les noyaux de bronchopneumonie et dans le rein.

Il s'agirait donc d'une infection à streptocoques d'allure bénigne traitée par sérum et curettage, et mort survenant après chute de la température. Les lésions paraissent attribuables bien moins à l'existence des microbes qu'à l'action de toxines très virulentes.

M. Porak a eu l'occasion de faire dans trois autres cas des injections de sérum antistreptococcique pour des accidents d'infection puerpérale.

Dans un cas, l'injection a été faite dans un cas d'infection suraiguë, évoluant en deux jours, au moment où des troubles très graves permettaient d'annoncer la mort à brève échéance.

Dans un second cas, il s'agissait de rétention de caduque dans l'utérus. On obtient une amélioration et la guérison par l'emploi simultané du curettage et des injections de sérum.

Le troisième cas est très intéressant car les accidents fébriles survinrent à deux reprises à une semaine d'intervalle, la première fois vers le quinzième jour. La malade était albuminurique et présentait des symptômes urémiques au moment de l'injection de sérum. Les accidents fébriles diminuèrent les deux fois, mais après l'apparition d'une phlegmatia alba dolens d'abord à droite, puis à gauche. La première injection fut suivie d'une aggravation des troubles urémiques. Mais tout rentra dans l'ordre. Cette malade avait de la diarrhée, des vomissements survinrent à la suite des premières injections. Peut-être est-ce la raison de la bénignité relative des troubles urémiques observés.

M. Mangin envoie un travail sur les complications de la grossesse par les kystes dermoïdes.

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 29 JUIN AU 4 JUILLET 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

LUNDI 29 JUIN, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca. — 1er : MM. Blanchard, Weiss, Chassevant.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Tuffier, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Reynier, Sebileau, Retterer. — 3e Oral (1re partie) : MM. Reclus, Varnier, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Marchand, Ricard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Terrier, Monod, Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Landouzy, Widal.

MARDI 30 JUIN, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, André.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Rémy. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Berger, Bar, Thiéry. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Panas, Polaillon, Bonnaire. — 3e Oral (1re partie, 3e série) : MM. Campenon, Maygrier, Poirier. — 4e : MM. Cornil, Gilbert, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Le Dentu, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Duplay, Nélaton, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Dieulafoy, Raymond, Ménétrier. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Jaccoud, Chantemesse, Charrin. — 5e (2e partie), Charité (3e série) : MM. Proust, Debove, Roger.

MERCREDI 1er JUILLET, à 1 heure. — 1er : MM. Gautier, Weiss, Heim. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Sebileau, Retterer. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Reynier, Tuffier, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Reclus, Lejars, Walther. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Fournier, Wurtz.

JEUDI 2 JUILLET, à 9 heures. — 1er : MM. Blanchard, Weiss, Chassevant.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Rémy, Hartmann, Thiéry. — 2e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Ch. Richet, Polaillon, Poirier. — 3e Oral (1re partie), : MM. Duplay, Berger, Bonnaire. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Roger, Achard.

VENDREDI 3 JUILLET, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, André.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Reynier, Retterer, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Wurtz, Thiéry. — 4e : MM. Pouchet, Widal, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Terrier, Ricard, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Marchand, Delbet, Walther. — 5e (2e partie), Charité : MM. Straus, Gilles de la Tourette, Thoinot.

SAMEDI 4 JUILLET, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — 1er : MM. Gautier, Weiss, Heim.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Poirier, Letulle. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Albarran, Widal. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Campenon, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Duplay, Polaillon, Thiéry. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Dieulafoy, Gilbert, Marfan. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Cornil, Berger, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Laboulbène, Debove, Roger. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Raymond, Ménétrier, Achard.

EXAMENS D'OFFICIAT

MERCREDI 1er JUILLET, à 1 heure. — 2e (Fin d'année) : MM. Ch. Richet, Gilles de la Tourette, Poirier. — 3e (Fin d'année) : MM. Grancher, Joffroy, Delbet.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

MERCREDI 1er JUILLET, à 9 heures. — 1er (Nouveau régime) : MM. Blanchard, Bonnaire, Poirier.

JEUDI 2 JUILLET, à 9 heures. — 2e (1re classe), Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

THÈSES DE DOCTORAT

MERCREDI 1er JUILLET, à 1 heure. — *M. Privat* : Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale ; traitement par un procédé de cure radicale (MM. Tillaux, Monod, Rémy, Ricard). — *M. Bareau* : Essai sur le traitement immédiat des déchirures recto-vaginales inférieures survenues pendant l'accouchement (MM. Tillaux, Monod, Rémy, Ricard). — *M. Dimitrescu* : Etude des absences congénitales du vagin considérées au point de vue chirurgical (MM. Tillaux, Monod, Rémy, Ricard). — *M. Demouchy* : Du tympanisme dans la pneumonie (MM. Potain, Landouzy, Netter, Gaucher). — *M. Sortais* : Le purpura ; considérations étiologiques et pathogéniques (MM. Landouzy, Potain, Netter, Gaucher). — *M. Faney* : Du traitement des hémorrhagies par le sérum salé (MM. Pinard, Terrier, Maygrier, Broca). — *M. Guillermin* : Diagnostic du travail de l'accouchement (MM. Terrier, Pinard, Maygrier, Broca).

JEUDI 2 JUILLET, à 1 heure. — *M. Michel* : Sur quelques applications de la digestion artificielle du lait (MM. Straus, Tillaux, Poirier, Widal). — *M. Drouard* : Luxation et subluxation du nerf cubital (MM. Tillaux, Straus, Poirier, Widal). — *M. Chonnaux-Dubisson* : L'alcoolisme en Normandie (MM. Tillaux, Straus, Poirier, Widal). — *M. Porte* : Contribution à l'étude de la méthode sclérogène dans la pratique à la campagne (MM. Tillaux, Straus, Poirier, Widal).

A 1 heure. — *M. Serré* : Des crimes et délits dans le délire alcoolique aigu (MM. Brouardel, Proust, Netter, Thoinot). — *M. Souvestre* : Contribution à l'étude des rapports de la diphtérie animale avec la diphtérie humaine (MM. Proust, Brouardel, Netter, Thoinot). — *M. Leblond* : Des agents hémostatiques en rhinologie (MM. Cornil, Debove, Charrin, Marfan). — *M. Rocheblois* : Les cardiopathies au Mont-Dore (MM. Debove, Cornil, Charrin, Marfan). — *M. Lamandé* : Traitement de la diphtérie à l'Hôtel-Dieu de Rennes (MM. Laboulbène, Grancher, Chantemesse, Letulle). — *M. Jeanopoulos* : Influences de l'impaludisme sur la tuberculose (MM. Laboulbène, Grancher, Chantemesse, Letulle). — *M. Victor Petit* : Etude sur les tumeurs primitives du cœur ; des myxomes du cœur (MM. Laboulbène, Grancher,

Chantemesse, Letulle). — *M. Leclerc* : Des épanchements sanguins situés entre la dure-mère et le cerveau; épanchements sanguins dure-mériens (MM. Guyon, Le Dentu, Nélaton, Albarran). — *M. Brioud* : Scléroses utérines (MM. Le Dentu, Guyon, Nélaton, Albarran). — *M. Meunier* : Les bases de la biologie (MM. Mathias-Duval, Panas, Retterer, Gley). — *M. Jeannulatos* : Recherches embryologiques sur la formation de la chambre antérieure chez les mammifères et chez l'homme; part que la membrane pupillaire prend dans la formation de l'iris (MM. Mathias-Duval, Panas, Retterer, Gley). — *M. Manry* : Contribution à l'étude des ruptures spontanées du cœur (MM. Raymond, Dieulafoy, Hutinel, Marie). — *M. Kourilsky* : De la polyurie hystérique (MM. Raymond, Dieulafoy, Hutinet, Marie). — *M. Naggar* : Folie et tabes (MM. Raymond, Dieulefoy, Hutinel, Marie). — *M. Valot* : Contribution à l'étude de la paralysie faciale périphérique (MM. Raymond, Dieulafoy, Hutinel, Marie).

Vendredi 3 juillet, à 1 heure. — *M. Bobier* : Le volvulus de l'anse oméga; son traitement (MM. Tillaux, Reclus, Sebileau, Lejars). — *M. Lafont* : Technique de la thoracentèse par le trocart-siphon dans les épanchements et les collections liquides (MM. Tillanx, Reclus, Sebileau, Lejars). — *M. Dupouy* : Pathogénie des hémorrhagies parautérines extra-péritonéales (MM. Tillaux, Reclus, Sebileau, Lejars).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Un crédit supplémentaire vient d'être demandé par le ministre de l'instruction publique en vue de la création, à partir du 1er novembre prochain, d'un cours annexe de clinique des maladies du larynx et du nez à la Faculté de médecine.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Hudelo, 16; Méry, 19; Le Noir, 18; Michel, 17; Bruhl, 14; Lamy, 13; Leredde, 16; Lesage, 20; Claisse, 17; Létienne, 16; Renault, 17; G.-C. Lion, 18; Courtois-Suffit, 20; A. Lafitte, 17.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Guillemain, 18; Morestin, 14; Rieffel, 18; Cazin, 18; Villemin, 19.

M. Zuber et Méry sont nommés respectivement chef de laboratoire du service spécial de la diphtérie à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants-Malades.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

Exposition nationale suisse a Genève

A l'occasion de l'Exposition qui aura lieu à Genève du 1er mai au 15 octobre 1896, des billets d'aller et retour de toutes classes, et à prix réduits, valables 30 jours, seront délivrés par toutes les gares du réseau Paris-Lyon-Méditerranée., à partir du 25 avril jusqu'au 15 octobre.

La validité de ces billets pourra être prolongée de 2 fois 15 jours, moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix des billets. Les billets d'aller et retour délivrés de Paris pour Genève, à partir du 15 mai jusqu'au 30 septembre, seront valables 40 jours.

Excursions en Dauphiné

La Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : Grande-Chartreuse, Gorges de la Bourne, Grands Goulets, Massifs d'Allevard et des Sept-Laux, Route de Briançon et Massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 75 centimes en timbres-poste adressés au service de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

Billets d'aller et retour de Paris à Berne, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 101 fr.; 2e classe 75 fr.; 3e classe 50 fr. — De Paris à Interlaken, viâ Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement : Prix, 1re classe 112 fr.; 2e classe 82 fr.; 3e classe 55 fr. — De Paris à Zermatt (Mont-Rose) viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne, sans réciprocité : Prix, 1re classe 140 fr.; 2e classe 108 fr.; 3e classe 71 francs.

Valables 60 jours avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

Trajet rapide de Paris à Interlaken en 15 heures, sans changement de voiture en 1re et 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre. Ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. — Franchise de 30 kilos de bagages sur le parcours Paris-Lyon-Méditerranée.

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

Soyons Français.

On se préoccupe avec raison, dans la presse médicale, de la situation privilégiée qui est faite aux étudiants étrangers, admis dans nos facultés. Des pétitions circulent pour que nos docteurs n'aient plus à redouter l'empiétement fâcheux résultant de la délivrance de diplômes conférant le droit d'exercice à des candidats n'ayant pas subi les épreuves des baccalauréats, n'ayant pas à supporter les charges du service militaire.

La campagne entreprise dans ce but étant sur le point d'aboutir en ce qui concerne la médecine, il est permis de se demander s'il n'y aurait pas lieu d'en commencer une autre pour les médicaments, et si les formules françaises ne détrôneront pas — au moins en France — les formules anglaises, autrichiennes, ou même allemandes.

C'est ainsi que plusieurs journaux spéciaux, voulant renseigner leurs lecteurs sur l'administration de l'iodure de potassium en pilules, forme commode parce qu'elle supprime le mauvais goût et rend facile le transport du médicament, donnent naïvement la formule des pilules de Lang, d'après une gazette d'outre-Rhin.

Est-ce que les excellentes dragées iodurées de Foucher, d'Orléans, qui sont parfaites au point de vue de l'élégance, du dosage et de la pureté du produit, ne nous rendent pas depuis longtemps d'aussi grands services ?

Répondre non, ce serait vouloir, toujours, et quand même, rester tributaire de l'étranger.

La médecine proteste contre notre effacement, la pharmacie fera de même.

Dr Francus.

NOTES POUR L'INTERNAT

VAISSEAUX ET NERFS DE L'INTESTIN GRÊLE

(Suite et fin.)

Lymphatiques.

Etudier successivement :

1° Les lymphatiques afférents; 2° les sinus lymphatiques disposés autour des follicules clos; 3° les lymphatiques efférents.

1° Lymphatiques afférents.

Origine dans les *villosités* par un vaisseau chylifère commen-

çant par un cul-de-sac supérieur au sommet de la villosité. Généralement un seul chylifère *central*. Cependant dans les villosités, du reste moins abondantes du type lamellaire, on peut observer, d'après plusieurs anatomistes, quelques chylifères occupant l'axe de la villosité. Cette dernière disposition se rencontre surtout chez les animaux.

Lorsqu'il y a plusieurs chylifères dans une villosité, ces chylifères sont isolés au sommet de la villosité ou réunis par une anse, comme les vaisseaux sanguins.

2° Sinus lymphatiques.

Avant de se jeter dans les sinus, les lymphatiques afférents forment un réseau horizontal superficiel, à la base des villosités et autour des orifices glandulaires.

Les sinus lymphatiques sont des réservoirs lymphatiques développés autour des follicules clos, isolés ou agminés, réservoirs cloisonnés par de minces travées fibreuses, revêtues intérieurement d'un endothélium lymphatique.

Circulation lymphatique dans l'intérieur des follicules clos, comme dans l'intérieur des ganglions.

3° Vaisseaux lymphatiques efférents.

Les lymphatiques efférents traversent la *muscularis mucosæ*, la tunique sous-muqueuse, les tuniques intermusculaires.

Dans ces dernières, tunique longitudinale et tunique circulaire, ainsi que dans leur intervalle, réseaux à mailles allongées et très serrées constituant les *réseaux interlaminaires d'Auerbach*.

Finalement *réseau lymphatique sous-séreux*.

Chylifères accompagnant branches de l'artère mésentérique.

Gros troncs passant avec l'artère et la veine mésentériques devant le duodénum et allant se jeter finalement dans la citerne de Pecquet (corps de la 2° vertèbre lombaire).

Structure.

Rien de bien particulier. Les gros troncs lymphatiques sont munis de valvules, les cellules endothéliales n'ont pas de bords dentelés et leur noyau fait saillie dans la lumière.

Les petits vaisseaux lymphatiques ont pour paroi unique une couche de cellules endothéliales à grand axe allongé, parallèle à l'axe du vaisseau à bords dentelés, découpées en jeu de patience.

Nerfs de l'intestin grêle.

Viennent du *grand sympathique* par le *plexus solaire* directement ou indirectement (plexus cœliaque mésentérique supérieur).

Rameaux nerveux accompagnant les rameaux vasculaires dans le mésentère.

Réseau sous-séreux.

Réseau *musculaire* ou plexus d'Auerbach entre les fibres longitudinales et les fibres circulaires, plexus formé de fibres de Remak — 2 réseaux dont un à plus fines mailles inscrit dans le premier — présentant sur leur trajet aux points nodaux des ganglions. Ces ganglions nerveux sont de petites cellules multipolaires, soit triangulaires, soit étoilées, soit fusiformes, d'où partent les fibrilles terminales aboutissant aux cellules musculaires lisses. Terminaison de ces fibrilles par une extrémité renflée en bouton au voisinage de la cellule.

Plexus de *Meunier* ou sous-muqueux — travées fines, arrondies — nombreuses cellules nerveuses. De nombreuses branches perpendiculaires unissent ce plexus aux plexus précédents.

Fibrilles terminales du plexus sous-muqueux :

Dans les vaisseaux ;

Dans la *muscularis mucosæ* ;

Dans les glandes ;

Dans les villosités (soit autour du réseau vasculaire, soit autour des éléments musculaires de la villosité).

Il n'y a pas deux plexus dans la villosité : un plexus périphérique et un plexus central.

Les fibres nerveuses qui montent dans la villosité, la parcourent de la base au sommet, forment des réseaux, mais ne s'anastomosent pas entre elles et finissent librement.

2 sortes de fibrilles terminales : 1° les fibres sous-épithéliales ; 2° les fibrilles du parenchyme de la villosité.

Nombreuses cellules nerveuses isolées, enclavées dans le parenchyme (Ramon et Cajal).

Terminaisons ultimes mal connues.

Physiologie.

Considérer successivement la physiologie des artères, des veines, des lymphatiques, des nerfs.

1° Physiologie des artères.

Richesse de la circulation artérielle de l'intestin. Malgré le grand nombre des anastomoses, possibilité d'infarctus par embolie d'une branche de l'artère mésentérique.

2° Physiologie des veines.

Anastomoses du système porte (où aboutissent les veines de l'intestin grêle) avec le *système cave* par les veines sous-péritonéales décrites par *Retzius*.

Rôle des radicules veineuses des villosités dans l'*absorption* des matières albuminoïdes transformées en *peptones* assimilables.

Dans l'*absorption des matières sucrées*. Ce n'est guère qu'avant le repas que l'on observe la différence sous le rapport de la teneur en sucre entre le sang des veines sus-hépatiques et entre le sang de la veine porte (différence signalée par Claude Bernard en 1849).

3° Physiologie des lymphatiques.

Absorption des graisses par les vaisseaux chylifères d'où leur coloration blanchâtre après les repas (vaisseaux lactés d'Aselli).

Rôle des cellules lymphatiques dans cette absorption (Zawarykin).

La graisse a été émulsionnée, pour être absorbable, un peu par le suc entérique, énormément par le suc pancréatique.

L'absorption de la graisse émulsionnée est favorisée par la bile (Küss).

4° Physiologie des nerfs.

1° Nerfs sensitifs.

Sensibilité obtuse de la muqueuse intestinale normale.

Sensibilité spéciale au contact des aliments qui permet l'afflux de *nature réflexe* de la *bile* et du suc *pancréatique* au niveau du duodénum, du suc *intestinal* dans toute l'étendue de l'intestin grêle.

2° Nerfs moteurs.

Influence sur les tuniques musculaires, mouvements péristaltiques de l'intestin ; leur rôle 2 sources nerveuses : *pneumogastrique* et *grand sympathique*.

Pour Onimus, Legros, le nerf vague est le nerf d'arrêt des mouvements.

Pour Pflüger, c'est le grand sympatique.

Pour Ehrmann, le grand sympathique innerve les fibres longitudinales, le nerf vague les fibres circulaires et le nerf moteur de l'une des tuniques est nerf d'arrêt pour l'autre tunique.

Les ganglions nerveux des plexus intra-musculaires constituent probablement autant de centres auto-moteurs, comme pour l'œsophage (Ranvier), pour l'estomac (Oppenchowski, Navalichin).

3° Nerfs vaso-moteurs.

Existent pour les capillaires et pour les chylifères (Paul Bert, Laffont, Dastre).

Nés du sympathique (Vulpian, Budge, Cl. Bernard).

Leur rôle dans la sécrétion (expérience d'Armand Moreau : par énervation d'une anse intestinale, suc paralytique).

4° Nerfs sécréteurs.

Inconnus, existent probablement. Mais on n'a pu encore les déterminer. On n'admet encore qu'une vaso-dilatation pour expliquer la sécrétion des glandes de l'intestin grêle. X.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 27 4 Juillet 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(*Suite.*)

B. La disposition du crémaster.

Voilà, en abrégé, l'histoire du crémaster. Je dois dire que, depuis le jour où le manuscrit de ce mémoire a été déposé sur le bureau de la Société de Biologie (13 octobre 1894), A.-H. Soulié (de Toulouse) a écrit, sur la poche crémastérienne et la migration des testicules, un travail important et très étudié (1), amplification documentée de deux publications antérieures (2 et 3). J'aurai l'occasion d'en reparler. Je vais maintenant essayer de trancher le différend. L'anatomie comparée peut seule éclairer les débats. Il faut savoir d'elle :

1° La disposition du crémaster et du gubernaculum chez les animaux dont les testicules sont perpétuellement cachés (*absence de migration*).

2° La disposition du crémaster et du gubernaculum chez les animaux dont les testicules sont temporairement et périodiquement cachés (*migration temporaire*).

3° La disposition du crémaster et du gubernaculum à l'état fœtal et à l'état adulte chez les animaux dont les testicules sont, après la naissance, perpétuellement visibles (*migration définitive*).

Puis, muni de ces données, j'étudierai :

4° La disposition du crémaster sur l'homme fœtus et sur l'homme né.

1° Le crémaster et le gubernaculum chez les animaux dont les testicules sont perpétuellement cachés. — « Les espèces dans lesquelles les testicules restent dans la cavité abdominale, en avant ou en dessous des reins, sont les monotrèmes, beaucoup d'édentés, tous les cétacés vrais et herbivores, et certains pachydermes comme l'éléphant, le rhinocéros et le daman (1). » Chez ces véritables « testiconda », dont quelques-uns ont une migration testiculaire, mais une migration partielle et incomplète, toujours intra-abdominale, il n'existe ni gubernaculum, ni crémaster ; il n'y a point, en effet, « de raison apparente qui motive chez eux l'existence d'un tel muscle ». Aussi, les testicules, dit Richard Owen (2), « sont-ils simplement soutenus par leurs vaisseaux et par un repli du péritoine analogue aux ligaments larges de l'utérus et des ovaires ». Ce repli est un véritable méso-vasculaire : c'est en cheminant au milieu de la lame de tissu cellulaire lâche qui sépare les deux feuillets que les vaisseaux arrivent à la glande. Rien n'existe, sur ces mammifères sans migration testiculaire, qui rappelle le gubernaculum.

2° Le crémaster et le gubernaculum chez les animaux à testicules temporairement et périodiquement cachés. — C'est des rongeurs et des insectivores qu'il s'agit ici. « Chez eux, le canal vaginal reste toujours ouvert, ce qui amène cette conséquence que les testicules, sur la tunique vaginale desquels s'épanouit le muscle crémaster, *rentrent dans la cavité abdominale pendant l'époque du rut.* » Tel est le cas, encore, des marsupiaux, des chéiroptères, des phoques, etc. Je ne suis pas naturaliste : je ne sais donc pas qui a raison de Siebold et Stannius (3) qui parlent ainsi, ou

(1) A.-H. Soulié : *Recherches sur la migration des testicules dans les principaux groupes de mammifères.* A Toulouse, chez Douladoure-Privat, 1895.

(2) M.-A. Soulié : *La poche crémastérienne chez les insectivores et chez les rongeurs.* In Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie, 23 novembre 1894, n° 29, p. 727. A Paris, chez Masson.

(3) M.-A. Soulié : *Sur la structure de la poche crémastérienne chez les rongeurs et chez les insectivores.* In *Bibliographie anatomique*, 1895, tome I.

(1) C.-Th. de Siebold et H. Stannius, traduit par A. Springer et Th. Lacordaire. *Anatomie comparée.* Encyclopédie Roret, t. II. p. 509, Paris, 1850.

(2) Richard Owen : *Notes aux œuvres complètes de John Hunter. Loco citato*, t. IV, p. 68.

(3) C.-Th. de Siebold et H. Stannius : *Loco citato*, p. 509.

de Richard Owen (1) qui dit, au contraire, « *que dans la saison de l'accouplement, les testicules subissent une augmentation périodique de volume et qu'ils sortent de l'abdomen* sous l'influence des actions expulsives du diaphragme et des muscles abdominaux »; mais peu importe; chez ces animaux, les testicules entrent dans l'abdomen et en sont expulsés à époques déterminées; on dit même qu'il s'agit chez eux d'une migration volontaire. Voilà le fait.

A. A l'état fœtal.

J'ai examiné des fœtus de lapins et de cobayes; chez tous. quel que soit leur âge, voici ce que j'ai vu :

Le gubernaculum se détache de la queue de l'épididyme, pénètre, par l'orifice profond du canal inguinal, dans l'épaisseur de la paroi abdominale et se confond avec la musculature de celle-ci au point que l'on ne peut l'en séparer. Quand on exerce, de bas en haut, une traction sur le testicule, comme pour allonger le gubernaculum, on voit très nettement les fibres inférieures des muscles abdominaux profonds entrer dans la cavité ventrale et former, pour suivre le gubernaculum, une espèce de *cône musculaire* dont le sommet se continue avec le gubernaculum et dont la base s'épanouit sur la paroi abdominale. Ce sont là les faisceaux retournés du petit oblique et du transverse entraînés par les efforts qu'on exerce sur le ligament du testicule auxquel ils adhèrent d'une façon intime. Mais ce cône a une existence tout à fait artificielle : il ne se forme que par l'ascension forcée du testicule. Je parle ici, cela s'entend, d'un cône apparent, et non pas des quelques fibres striées que le microscope décèle dans le segment inférieur du gubernaculum, et dont la présence est due, sans nul doute, à ce que le testicule, dans sa migration, subit, par périodes, une légère ascension momentanée et entraîne alors vers lui, comme tout à l'heure la main de l'anatomiste, quelques fibres musculaires de la ceinture abdominale. Mais l'existence de ce « cône inguinal » naturel, ainsi que dit Klaatsch (2), ne détruit en rien la double individualité du gubernaculum d'une part et, d'autre part, des quelques faisceaux striés qui l'entourent près du point où il pénètre dans la paroi de l'abdomen.

B. A l'état adulte.

Debierre et Pravaz (3) ont étudié des lapins et des cobayes et ont pu, sur eux, distinguer le crémaster du gubernaculum testis. Le crémaster, à leur dire, se compose de deux faisceaux : l'un, externe, se continue avec le petit oblique et le transverse ; l'autre, interne, émane de la gaine du grand droit. Le gubernaculum, d'après leur description, est une sorte de pyramide musculaire fine et éraillée qui s'attache en haut au pôle inférieur du testicule, puis à la queue de l'épididyme, et qui, en bas, tapisse le fond de la tunique fibreuse en lui adhérant.

Les fibres du crémaster sont nettement striées ; celles du gubernaculum sont lisses, quoique, à vrai dire, la ponctuation de leur noyau marque, de leur part, une tendance à la striation. Debierre et Pravaz font remarquer que le crémaster ne saurait faire descendre le testicule dans les bourses, puisque les attaches supérieures de ce muscle sont situées sur un plan plus élevé que l'anneau inguinal intérieur; aussi bien le crémaster est-il, au contraire, d'après eux, l'agent qui attire la glande génitale dans le ventre; il lui forme comme une espèce de bonnet dont elle se coiffe ou se décoiffe suivant qu'elle descend ou monte.

Dans un mémoire déjà vieux, Arloing (1) avait signalé, en passant, l'indépendance, chez le lièvre et le lapin, du crémaster et du gubernaculum. « La gaine vaginale, dit-il, est doublée d'une couche musculaire dans toute l'étendue de sa face externe. Cette membrane contractile appartient au muscle crémaster; la queue de l'épididyme est engagée dans le collet de la gaine vaginale, et son sommet est fixé au fond des bourses par un gubernaculum testis très court (lapin mâle); le sommet de la queue de l'épididyme est fixé au fond de la gaine vaginale, ou plutôt adhère à la face interne du crémaster par l'intermédiaire d'un très court cordon blanchâtre qui est le vestige du gubernaculum testis. »

J'ai disséqué plusieurs lapins et plusieurs cochons d'Inde. Quand le testicule est hors du ventre, il est enfoui dans une enveloppe vaginale doublée d'un scrotum rudimentaire. Le crémaster qui se détache des muscles de la ceinture abdominale, ainsi que l'ont indiqué Debierre et Pravaz, s'épanouit, blanc et ténu, sur la face externe de cette vaginale à laquelle il forme comme un sac musculaire à jour (poche crémastérienne) et dont il atteint, du reste, le fond. De la queue de l'épididyme part un petit cordon blanchâtre, assez fragile mais facilement séparable (ligament de l'épididyme), qui vient se fixer au fond de la poche crémastérienne et à la face profonde de la peau du scrotum — elles adhèrent en ce point l'une à l'autre — et sur lequel la vaginale se réfléchit; quand on tire sur le testicule comme pour le remonter dans le ventre, le scrotum suit le testicule et rentre, pour ainsi dire, en lui-même; il en est de même du sac crémastérien dont les parois s'invaginent, comme la peau, dans la propre cavité qu'elles limitent, et forment ainsi un véritable *cône musculaire* qui est l'image de celui qu'on trouve, sur les fœtus, à la partie terminale du gubernaculum. C'est là, du reste, l'image de ce qu'on observe sur le lapin dont le testicule est dans le canal inguinal, à moitié sorti, ou bien en pleine cavité abdominale, tout à fait rentré. On trouve alors le scrotum déprimé en cul-de-sac et le gubernaculum comme entouré d'un cylindre musculaire strié au milieu duquel il n'est difficile ni de le distinguer, ni de l'isoler. Ce cylindre musculaire, c'est le crémaster retourné en doigt de gant.

C'est précisément dans cette situation que John Hunter (2) a surpris le gubernaculum sur le hérisson : il n'a étudié qu'un individu; celui-ci avait le testicule dans le ventre. « Chez le hérisson, dit-il, les testicules restent pendant toute la vie logés dans l'abdomen, dans la même situation que chez le fœtus humain — Hunter ignorait, sans

(1) Richard Owen : *Loco citato*, p. 69.

(2) H. Klaatsch : *Ueber den Descensus testiculorum*, in *Morphologisches Jahrbuch*. Bd. XVI, p. 4. Leipzig, 1890. Analysé par Prenant, in *Revue des sciences médicales*, 1892, p. 17.

(3) Ch. Debierre et J. Pravaz : *Contribution à l'étude du muscle crémaster, du gubernaculum testis et de la migration testiculaire*. *Lyon médical*, 6 juin 1886, n° 23, p. 167.

(1) P. Arloing : *Etude comparative sur les organes génitaux du lièvre, du lapin et du léporide*, in *Journal de l'anatomie et de la physiologie*. Chez G. Baillière, Paris, 1868, p. 449.

(2) John Hunter : *Loco citato*, p. 69.

donte, la migration périodique — et ils adhèrent par un ligament semblable (c'est du gubernaculum qu'il veut parler) à la surface interne des parois de l'abdomen au niveau de l'aine. Or, chez cet animal, les fibres inférieures du muscle oblique interne, qui constituent le crémaster, se contournent en dedans à l'endroit où. chez les autres animaux, les vaisseaux spermatiques sortent au dehors: elles forment, par leur renversement, un bord ou une lèvre lisse, et elles remontent ensuite sur le ligament jusqu'à l'extrémité inférieure du testicule. »

Mes études sur l'appareil crémastérien des rongeurs complètent donc, comme on peut le voir, celles de Debierre et Pravaz; les conclusions auxquelles je suis arrivé confirment celles qu'ils avaient tirées de leurs observations. Au reste, ils n'ont fait que voir et dire, eux-mêmes, ce qu'avait très bien vu et très bien dit John Hunter, dont on a si souvent travesti la pensée: à savoir que le ligament du testicule et le muscle du testicule forment deux organes tout à fait distincts.

Le gubernaculum, en traversant la paroi abdominale, prend adhérence avec les fibres musculaires striées de cette paroi, et désormais ces fibres musculaires striées seront liées aux modifications de longueur que subira le gubernaculum et à la migration testiculaire qui en sera le corollaire : le testicule remonte-t-il, les faisceaux striés remontent aussi, entraînés par le gubernaculum, et forment dans l'intérieur du ventre, le *cône inguinal;* le testicule descend-il, les faisceaux striés descendent aussi, tirés par le gubernaculum et forment la *poche crémastérienne.*

Quant au rôle respectif que jouent plus tard, chez l'animal adulte, le crémaster et le gubernaculum testis dans la descente périodique du testicule des rongeurs, je n'en veux dire que quelques mots; aussi bien ce mécanisme est-il tout à fait obscur, comme celui de la migration du testicule humain; l'on pourra, je pense, discourir longtemps sur ce « magna problemum » de Langenbeck sans le résoudre. *A priori,* il me semble vraisemblable que dans cette descente périodique du testicule des rongeurs, le gubernaculum doit servir de simple fil conducteur et que le rôle important incombe aux muscles larges de l'abdomen qui expulsent, sans doute, l'organe par leur contraction. Même, il ne me répugnerait pas d'admettre, à l'encontre de Debierre et Pravaz, que le crémaster invaginé dans le ventre fût, en partie tout au moins, l'agent de cette migration. Il ne faut pas oublier qu'un muscle, en se contractant, rapproche son point d'insertion mobile de son point d'insertion fixe. Quoi d'étonnant à ce que les contractions du crémaster amènent jusque dans le canal inguinal (point d'insertion fixe qui est extra-abdominal) la tunique vaginale et le testicule (point d'insertion mobile qui est intra-abdominal)? Une fois arrivé dans le canal inguinal, le testicule en serait ensuite chassé par la contraction des muscles du ventre. En ce qui concerne la réintégration par le testicule du domicile péritonéal, il ne me paraît pas douteux qu'il faille en attribuer le mécanisme aux fibres crémastériennes, soit que l'enveloppe enythroïde, comme le prétend Richard Owen (1), se contracte sur la glande et la ramène dans l'abdomen en la poussant (mécanisme de la pression), soit que les faisceaux musculaires la rapprochent du canal inguinal en la tirant (mécanisme de la traction). Peut être l'application de l'électricité sur la poche musculaire du testicule pourrait-elle éclairer cette question.

Mais, dans l'espèce, tout cela importe peu.

(A suivre.)

(1) Richard Owen: *Loco citato,* p. 69.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Thomas Willis (1622-1675).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Nerf ophtalmique de Willis, nerf accessoire de Willis, hexagone de Willis. En vérité, Willis était anatomiste; mais il fit encore autre chose que disséquer habilement. Il pratiqua à Londres avec un grand succès de clientèle. Fut-il toujours heureux dans ses cures? Charles II reprochait à Willis de lui enlever plus de sujets que n'eût fait une armée ennemie. Boutade de souverain que ce grief: fût-on roi, on aime à faire parade d'esprit et cela est si facile aux dépens de son médecin.

Willis, lui, ne riait pas: ses confrères lui pardonnaient malaisément la réputation dont il jouissait: une guerre d'épigrammes harcelait le malheureux; ses piqûres d'amour-propre ne se comptaient plus. Les blessures qu'il reçut ainsi décidèrent-elles de sa fin prématurée? Attribuer la mort de son héros à l'injustice des contemporains lui tresse une couronne de victime qui le présente sympathiquement au lecteur.

Nous avouons manquer de documents pour résoudre la question. Ce que nous savons, c'est que Willis ne s'engourdissait pas à la glace d'une constatation anatomique; de la salle d'amphithéâtre, il courait se prélasser au soleil des hypothèses avec l'allégresse de l'instinct satisfait.

Sydenham, qui vivait à ses côtés, n'appréciait pas beaucoup ça. Quand même, il en faisait, lui aussi. des hypothèses. Sydenham admettait comme démontrés les dogmes hippocratiques sur la coction des humeurs et l'utilité de la fièvre.

Ce qui sépare les deux médecins anglais, c'est que Sydenham se contentait des hypothèses enseignées, tandis que Willis écrasait ses contemporains sous une avalanche d'hypothèses de son cru. Affaire un peu de milieu, ces différences. Praticien de quartier, Sydenham, pour être pris au sérieux, devait se résigner à l'emprisonnement dans l'observation laborieuse et sèche des malades; pas d'interprétations risquées; on n'eût pas toléré cette audace. Willis, au contraire, très en vue et fort de la situation acquise, pouvait se permettre des élans dans l'inconnu qui eussent paru téméraires chez tout autre que n'auréolait pas le lustre d'une considération aussi jalousée. Ressusciter le système de Paracelse plut à sa fantaisie. Il faisait concourir les trois éléments chimiques de Paracelse : sel, soufre et mercure, à une explication transcendantale des phénomènes de la vie. Le mercure volatilise les tissus, le sel les fixe; mêlé au ferment acide de l'estomac, le soufre des aliments forme le chyle. Et voici ce qu'il advient du chyle, du sel et du soufre: se rencontrant dans le cœur, le premier entre en effervescence, les deux autres prennent feu. Une vraie poudre à canon, quoi! L'étincelle devient la flamme vitale; la flamme vitale préside aux fermentations du corps et voilà pourquoi le cerveau pense et que les muscles se contractent. Il suffit de veiller à ce que les fermentations s'accomplissent mormalement: elles se produisent dès qu'une humeur réalise un certain groupement de mercure, de soufre, de sel. Au médecin de diriger ce groupement en vue de la conservation de

la santé et d'en corriger les combinaisons défectueuses au cours de la maladie.

S'agit-il de diminuer la volatilité du sang et d'augmenter le sonfre, aliment de la flamme vitale : on recourt aux cordiaux; une fermentation anormale s'installe-t-elle en un point, la saignée la tempère. Rien de plus aisé, n'est-ce pas ? Et on peut droguer en toute connaissance de cause une maladie dont la nature est si nettement spécifiée. L'humeur est cause du mal : guerre à l'humeur. Les solides ne sont atteints qu'après coup; fi des solides; le dédain convient à leurs altérations; et de cela, Willis était si convaincu que l'expression de hauteur dont il accablait la thérapeutique des solides avait fini par se graver sur sa physionomic. Une tête hien renfrognée que la sienne, sourcils plissés de penseur, lèvre amère. La petite monstacbe Louis XIII ne corrigeait pas, dans sa coupe juvénile, l'aspect peu engageant du reste. Qui pis est, le costume était très austère : perruque tombante, rabat majestueux, vêtement noir. Décidément, un pareil homme congelait à leur premier jet les confidences qui eussent cherché à s'épandre.

II

L'humorisme familier à Willis imposait comme conséquence thérapeutique l'usage de la saignée, des vomitifs, des purgatifs. D'ahord l'émission sanguine, puis l'estomac vidé par le vomitif, un balayage en règle de l'intestin par des formules purgatives savamment combinées. Toutes les voies d'élimination n'ont qu'à se tenir prêtes : chacune d'elles sera mise à contribution.

Outre le tube digestif, on s'adressera aux reins par les diurétiques, à la peau par les diaphosrétiques. Saigné, purgé, urinant, suant, le malade se verra nettoyé des âcretés qui obstruaient les partics nohles du corps. Or, en pathologie, un récurage convenablement opéré s'appelle la guérison. Les latrines et les lessives se souillent de ce qui incommodait le corps. Les formules suivantes serviront d'intermédiaire pour la besogne.

Voici des pilules laxatives recommandées dans l'hystérie : jalap, onze grains; tartre vitriolé, castoréum, un scrupule de chaque, pour douze pilules à prendre en trois fois.

Voici un apozème diurétique souverain contre les fièvres cérébrales : racines de scorsonère, cerfeuil, cbiendent, chardon, de chaque une once; une pomme coupée par morceaux, feuilles de pimprenelle, d'ulmaire, une once et demie; corne de cerf hrûlée une dracbme, à faire bouillir dans trois livres d'eau de fontaine jusqu'à réduction au tiers; au résidu ajouter une once de sirop de citron ou de violette; à hoire trois onces, trois fois par jour.

Mais il s'agit non seulement d'évacuer les humeurs malsaines : il faut encore garantir les parties nohles de leurs effets. C'est à ce titre que prennent rang les antispasmodiques dans l'hystérie, les antiscorbutiques contre le scorhut.

Veut-on posséder une mixture antispasmodique, on prescrira : macération de hryone, asa fœtida, castoréum, de chaque une once; poudre de corail, de succin, une drachme et demie; solution de galhanum dans l'eau, quantité suffisante pour une masse pâteuse : dose de une ohole à un scrupule matin et soir.

Surtout n'oublions pas l'utérus : on connaît son rôle dans la genèse des accidents hystériques. Cet organe turbulent sera surveillé de près; élevé ou abaissé, il devra être remis en place; pas d'ulcères sans qu'ils soient traités; pas de suppression de règles non plus. Il faut faire revenir ça; sinon, gare aux crises.

Cousine de l'hystérie, l'hypochondrie tient comme elle à une dyscrasie du sang; mais au lieu de l'utérus, c'est la rate qui intervient dans les fonctions de facteur pathogénique. L'application d'emplâtres, des frictions avec des liniments désobstrueront cet organe encombré d'âcretés épaisses; à l'intérieur la prescription de limaille de fer cuirassera les nerfs.

Entre les remèdes spécifiques dont s'accommode le scorbut, comptent la crème de tartre, le tartre vitriolé, le cochléaria, le raifort, etc. On groupera les remèdes actifs dans des formules d'élixirs : aloès, galanga, de chaque une dracbme et demie; cinnamome, giroflier, cubèbe, de chaque une drachme; semences de cresson, de cumin, de chaque une demi-drachme. Broyer et ajouter la hauteur de trois doigts du mélange suivant : esprit de vitriol (acide sulfurique étendu d'eau) et esprit de vin, faire macérer 6 jours. A prendre 20 gouttes, 2 fois par jour, dans du vin de cóchléaria.

Des électuaires arrêteront les hémorrhagies scorbutiques : conserve de roses rouges, de cynorrhodon, de chaque deux onces; crocus metallorum, une drachme; poudre de corail rouge, une demi-dracbme; sirop de fer, quantité suffisante pour un électuaire à prendre, 3 fois par jour, la grosseur d'une noix muscade.

Jusqu'au diabète qui, pour Willis, est dû à une impureté du sang. C'est à tort qu'on attribue cette maladie à une lésion des reins : une âcreté qui irrite les nerfs en est seule cause. Il suffit de songer aux douleurs vagues accusées par les diabétiques pour que l'évidence de cette interprétation s'impose. Quant à la nature de cette âcreté, elle est assez obscure, en sorte qu'elle ne commande pas des indications thérapeutiques très précises. En tous cas, le riz, l'amidon, les végélaux mucilagineux formeront la base de l'alimentation. L'inverse du régime de Bouchardat, en un mot. Pauvres diahétiques, ce n'est pas la teinture d'antimoine, ni les décoctions de sassafras ou de semences d'anis, recommandées par Willis, qui pouvaient les sauver des risques auxquels les exposait le régime féculent qui était ordonné. Aussi notre auteur gémit-il sur les améliorations temporaires qu'il constate cbez ses diabétiques; peu de mois se passent sans qu'un cortège peu rassurant de symptômes reparaisse : vertiges, torpeur cérébrale, soubresauts de tendons, spasmes dans les membres. Vis-à-vis de ces accidents, une dernière ressource demeure : l'eau de chaux à doses suffisantes; elle a tiré d'affaire des gens qui semblaient perdus.

III

Roman peut-être, comme on le lui a reproché, que l'œuvre médicale de Willis; mais roman attachant, merveilleusement déduit des prémisses. Que celles-ci fussent hypothétiques, le contraire eût été étonnant. L'imagination seule avait droit d'épier la raison intime de phénomènes qu'aucune notion exacte n'avait débrouillés. La place de l'hypothèse est marquée sur le seuil de l'inconnu. Willis s'y est résolument campé avec elle.

Allure aisée à prendre, ricanent les esprits qui ne sortent pas de chez eux. Qu'ils essaient donc un peu! Au premier pas, ils tréhucheront comme un hihou en plein jour. Il existe des cerveaux semblables à certaines rétines : la nuit seule leur convient.

Sans doute, l'hypothèse est une lumière dont l'éclat est parfois trompeur; seulement affronter la lumière, si imparfaite se manifeste-t-elle, indique un œil plus exercé que celui qui se condamne à l'ombre. De plus, une clarté, quelle qu'en soit la valeur, habitue à une clarté d'une valeur supérieure. Une hypothèse mal ébauchée mène à une hypothèse qui serre de plus près la vérité.

Il n'est pas de prétention moins justifiée que celle de s'arroger le titre d'homme à jugement sain sous prétexte qu'on ne se débat pas contre le mystère qui nous écrase. La paresse trouve son compte dans cette béatitude résignée à subir l'inconnu; l'amour propre glorifie cette paresse en la décorant du nom d'esprit scientifique. Combien, à ces accommodements hypocrites de cons-

cience, nous préférons le courage de Willis, acceptant, la tête haute, l'épithète d'écrivain fantaisiste que lui valait son imagination ; car sa fantaisie était d'un esprit supérieur. Elle faisait réfléchir. Et toute œuvre qui porte à la méditation honore qui l'a entreprise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin. — Présidence de M. Monod.

De la cholédochotomie.

M. Quénu. — MM. Michaux et Ricard pensent qu'il ne faut intervenir dans les cas de calculs du cholédoque que lorsque le diagnostic de lithiase est ferme. Je ne partage pas cette opinion et je me contenterai de vous rappeler d'abord, à ce propos, les observations que j'ai déjà relatées lors d'une communication sur la laparotomie exploratrice. Dans l'un de ces faits, qui appartenait à M. Chauffard, on avait fait le diagnostic de lithiase du canal cholédoque et il n'y avait que de la cirrhose. Une deuxième observation se rapportait à une femme atteinte de carcinôme, et non de lithiase. Enfin, dans un troisième cas, il existait un calcul du canal cholédoque qui n'avait pas été diagnostiqué.

Depuis, je suis intervenu cinq fois pour des cas d'ictère chronique, et, chez trois de mes opérés, je n'ai pas trouvé de lithiase. L'un de ces malades m'avait été adressé par M. Richardière, avec un diagnostic hésitant entre la lithiase et le cancer ; la laparotomie exploratrice me montra immédiatement une série de nodules cancéreux au niveau de la vésicule. Dans les deux autres cas, il n'y avait que de l'angiocholite. Pour l'un de ces malades, nous avions fait le diagnostic d'angiocholite suppurée sans pouvoir dire si le point de départ devait en être cherché dans la lithiase ; la vésicule ouverte, j'essayai sans succès de cathétériser les voies biliaires et je pratiquai une anastomose entre la vésicule et l'estomac ; le malade mourut quelques jours après l'intervention. L'autre malade a été opéré ces jours derniers ; il n'y avait pas non plus de calculs dans le canal cholédoque et je me suis contenté de laisser une fistule cutanée.

En ce qui concerne le choix de l'incision, je reconnais volontiers, comme M. Ricard, que l'incision latérale est plus commode que l'incision médiane pour la recherche de la vésicule biliaire, mais pour opérer sur le canal cholédoque, je préfère l'incision médiane, qui est plus facile et saigne moins que l'incision latérale.

Je terminerai en résumant une observation toute récente, qui me paraît présenter un certain intérêt. Il s'agit d'une femme, âgée de 28 ans, chez laquelle les accidents d'ictère ont débuté brusquement, le 20 novembre 1895, sans qu'elle ait jamais eu de colique hépatique ; au bout d'un mois environ, la décoloration des matières fécales était absolument complète. M. Chauffard pensa qu'une intervention était tout à fait indiquée et j'opérai la malade le 26 mars dernier. L'incision du canal cholédoque me permit d'enlever d'abord 2 calculs assez volumineux, puis 31 ou 32 petits calculs que je pus extraire du bout supérieur, à l'aide d'une sonde cannelée. Je suturai le canal cholédoque, en laissant une mèche de gaze en contact avec lui. Le lendemain, ma malade eut des selles colorées, mais des phénomènes de rétention biliaire s'étant manifestés les jours suivants, je dus, non sans difficulté, enlever les points de suture placés sur le canal cholédoque, de façon à donner issue à la bile. L'état de l'opérée s'améliora à la suite de cette nouvelle intervention, puis de nouveaux accidents de rétention biliaire se produisirent et se terminèrent par la mort. A l'autopsie, on trouva 2 petits calculs qui oblitéraient l'ampoule de Vater, et 70 à 72 autres petits calculs disséminés dans les canaux hépatiques.

Traitement des fractures de jambe.

M. Nélaton. — Dans le rapport que je vous ai présenté à propos d'une communication de M. Roux de Brignoles fils, j'attirais simplement votre attention, en ce qui concernait les fractures obliques du tibia, sur la suture osseuse proposée par notre confrère, et je me demandais s'il n'y avait pas lieu, pour ces fractures, de s'engager dans cette voie. Aujourd'hui, je suis convaincu qu'avec l'extension continue réalisée au moyen de l'appareil de M. Hennequin, il n'y a pas de raisons pour pratiquer une opération dans ce genre de fractures.

M. Berger. — Au dernier Congrès de chirurgie, j'ai déjà dit que je considérais comme dangereuse l'application *primitive* d'un appareil plâtré dans les fractures obliques du tibia ; je préfère, en pareil cas, appliquer un appareil de Scultet pendant les huit à dix premiers jours. Lorsque, vers le huitième ou le dixième jour, je mets un appareil plâtré, souvent sans le chloroforme, il m'arrive quelquefois de constater ultérieurement un raccourcissement de quelques millimètres ou même d'un centimètre. Bien que ce raccourcissement ne constitue pas un bien grand obstacle à la marche, on ne doit pas moins chercher à l'éviter, et, à ce point de vue, je suis tout disposé à expérimenter l'appareil de M. Hennequin, que j'ai employé deux fois seulement jusqu'à présent, notamment chez un malade qui est encore en traitement dans mon service.

M. Delorme. — Je crois que l'on a peut-être trop généralisé l'emploi des appareils inamovibles et que, dans beaucoup de fractures, il y a un réel avantage à se servir d'appareils amovo-inamovibles.

M. Hennequin lit un mémoire relatif à l'appareil qu'il a imaginé pour le traitement des fractures obliques du tibia par l'extension continue.

M. Delorme montre des pièces relatives à une péritonite, par perforation de l'appendice iléo-cæcal, avec calcul, chez un cuirassier qui, quelques jours auparavant, avait reçu un coup de pied de cheval au-dessus de l'ombilic.

(*Semaine Médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin.

Des injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales.

M. Pozzi lit, à l'occasion d'un travail de M. Duret (de Lille) sur ce sujet, un rapport dont voici le résumé.

La méthode de traitement des accidents septicémiques proposée par M. Duret est couramment employée dans beaucoup de services des hôpitaux de Paris.

C'est surtout dans les cas d'hémorrhagie, de choc opératoire, de dépression nerveuse, etc., que son efficacité a été constatée. Elle paraît également utile contre les septicémies post-opératoires et puerpérales, surtout si elle est employée au début des accidents.

Dans les cas particulièrement graves où la mort est imminente, on devra commencer par une injection intra-veineuse, quitte à continuer ensuite par les injections sous-cutanées.

Pour faire ces injections, on se servira d'eau stérilisée additionnée de 7 à 10 0/00 de chlorure de sodium et portée au bain-marie à une température d'environ 40°.

On pourra injecter, dans les vingt-quatre heures, deux à trois litres de ce liquide en plusieurs fois. Les premiers effets de ce moyen thérapeutique se font, en général, sentir au bout d'un quart d'heure.

Quel est le mode d'action de ces injections ? Il est sans doute complexe. D'abord, en relevant la pression intravasculaire, elles augmentent la force de résistance du malade et lui permettent

de continuer la lutte. Dans les cas de septicémie, on peut admettre que les organes hématopoiétiques ont le temps de fabriquer de nouveaux globules pour la phagocytose et que le rein, dont la sécrétion est augmentée, provoque l'élimination des toxines. Il est donc très important de s'assurer que le filtre rénal fonctionne parfaitement, avant d'avoir recours à cette médication.

M. Reclus. — J'ai pratiqué récemment une injection intraveineuse de sérum artificiel dans un cas de rage, chez un jeune garçon de quatorze ans; l'état général avait semblé s'améliorer après l'injection; mais, néanmoins, le malade succomba deux heures après.

M. Lucas-Championnière. — J'ai obtenu, à diverses reprises, de bons résultats dans les hémorrhagies graves, opératoires ou non, par l'emploi des injections sous-cutanées de sérum.

Pour ce qui concerne leur indication dans la septicémie, je n'ai pas eu, il est vrai, l'occasion d'y avoir fréquemment recours, mais, en pareille circonstance, je ne les ai jamais vues produire de bon effets.

M. Pinard. — Dans les cas d'hémorrhagies *post-partum*, j'ai également obtenu de très heureux résultats par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, tandis que dans les septicémies je n'ai observé aucune amélioration notable.

Quant aux injections intraveineuses, je ne les crois pas sans danger; en tous cas, elles doivent être proscrites dans les septicémies, puisque, dès 1889, MM. Dastre et Loye avaient démontré que ces injections restaient sans résultats dans les infections expérimentales.

M. Pozzi. — Il est certain que les injections d'eau salée sont beaucoup moins efficaces contre les accidents septicémiques que dans les cas d'hémorrhagie; cependant il existe plusieurs faits qui prouvent que ces injections ont sauvé la vie de malades atteintes de septicémie.

M. Lucas-Championnière. — On donne fréquemment le nom de septicémie à des accidents qui en réalité relèvent d'une autre cause, en particulier à des troubles d'origine intestinale, qu'un simple purgatif suffit à faire disparaître.

En tout cas je ne saurais admettre que l'on sacrifie aux injections de sérum les autres médications de la septicémie. Il n'est pas démontré pour moi que dans un certain nombre de cas ces injections, surtout lorsqu'elles ont été pratiquées dans les veines, n'ont pas été plus nuisibles qu'utiles.

M. Pozzi. — Je crois que les injections intraveineuses ne sont pas, en effet, sans présenter des inconvénients et qu'elles peuvent, si elles sont faites à doses trop massives, déterminer des accidents d'œdème pulmonaire; aussi n'ai-je conseillé d'y avoir recours que dans les cas désespérés, lorsque la mort est imminente.

M. Glover lit, au nom de M. Variot et au sien, un travail dans lequel il propose de combattre les spasmes laryngiens et les phénomènes de suffocation du croup par la dilatation de la glotte.

M. Cornil lit un rapport relatif à un travail de M. Chantemesse sur la *transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres*.

(*Semaine Médicale.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin.

Paralysie arsenicale chez une fille de 7 ans.

M. Comby. — J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'une enfant de 7 ans prise de paralysie à la suite d'un traitement de la chorée par l'arsenic à haute dose.

Parmi de nombreux enfants choréiques traités par cette méthode dans mon service, c'est le premier accident que j'ai eu à enregistrer. Je me hâte de dire que l'enfant a parfaitement guéri de son intoxication arsenicale, après avoir guéri de sa chorée en quelques jours.

Prise de mouvements désordonnés vers le 1er mars 1896, l'enfant était entrée dans mon service de l'hôpital Trousseau, le 9 mars, avec une chorée des plus intenses et des plus graves. Dès le 10 mars, je lui fis prendre, dans une potion de 120 grammes, une première dose de 10 grammes de liqueur de Boudin qui correspond à *un centigramme* d'acide arsénieux. Cette dose initiale fut augmentée tous les jours de 5 grammes (5 milligammes d'arsenic), jusqu'à 35 grammes, après quoi on redescendit à 10 grammes. Bref, en 11 jours, la malade avait pris 235 grammes de liqueur de Boudin, c'est-à-dire 235 milligrammes d'acide arsénieux. Dès le cinquième jour, tout mouvement choréique avait cessé, la danse de Saint-Guy était guérie. Mais à partir du sixième jour, il y eut quelques vomissements suivis d'un état gastrique assez persistant avec langue saburrale, salive abondante et visqueuse, etc. Le 5 avril, 26 jours après son entrée, 35 jours après le début de sa chorée, la petite malade sortait complètement guérie de l'hôpital.

Le 11 mai, 5 semaines après, on me la ramène avec une paraplégie qui avait débuté le 5 mai, 46 jours après la dernière prise d'arsenic. Je ne reconnaissais pas l'enfant, tant elle avait engraissé; maigre, pâle, décharnée lors de son premier séjour dans nos salles, elle nous revenait grasse, joufflue, rosée; le contraste était saisissant et je faisais remarquer aux élèves que ce cas venait à l'appui du traitement de la *maigreur* par l'arsenic.

Mais l'enfant ne pouvait marcher ni se tenir debout, ses réflexes étaient abolis, la sensibilité à la douleur était conservée, la réaction électrique absente. Je prescris la strychnine, les bains sulfureux, l'électrisation.

Au bout de quelques jours, la paralysie suit une marche ascendante, elle gagne le tronc et les membres; l'enfant ne peut se tenir assise dans son lit ni se servir de ses mains pour manger. Puis les sphincters se prennent et, pendant 10 jours, l'enfant perd dans son lit ses urines et ses garde-robes. A partir du 25 mai, l'incontinence cesse, les mouvements reviennent de haut en bas, en sens inverse de la progression initiale, les parties paralysées les premières restant paralysées les dernières. Enfin la paraplégie finit par disparaître à son tour, et le 20 juin l'enfant a recouvré ses réflexes tendineux, ses mouvements, sa force musculaire; elle peut marcher, se tenir debout sur un pied, etc.

Cette paralysie si étendue et si intense, compliquée d'incontinence vésicale et rectale, semble bien montrer que les nerfs ne sont pas seuls touchés par l'intoxication et qu'il y a une *myélite arsenicale*.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Fernand Widal. — Les recherches récentes de R. Pfeiffer et Koll (1) et de Max Gruber (2) ont montré que le sérum des hommes convalescents de fièvre typhoïde, comme celui des animaux immunisés contre l'infection typhique, mélangé *in vitro* à une culture du bacille d'Eberth, donnait une réaction des plus nettes, permettant d'établir le diagnostic différentiel entre ce microbe et les coli-bacilles.

Voici en quoi consiste le phénomène. Après avoir ensemencé séparément des tubes de bouillon avec du bacille d'Eberth et du coli-bacille, on ajoute à chacun d'eux quelques gouttes de sérum d'un animal fortement immunisé contre l'infection typhique et on les place à l'étuve à 37 degrés. Pendant les 4 ou 5 premières heures, le tube à coli-bacille commence à se troubler, tandis que

(1) R. Pfeiffer et Koll : *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 185. — R. Pfeiffer : *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 232.

(2) Max Gruber : *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 206. — Max Gruber et Herbert E. Durham : *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1896, p. 285.

le tube à bacille d'Eberth reste presque complètement clair. Au bout de 24 heures, le tube à coli est fortement troublé dans toute son étendue, le tube à bacilles d'Eberth l'est fort peu on ne l'est pas du tout, les microbes se précipitant en amas au fond du vase, sous forme de flocons ou de pellicules blanchâtres. Une goutte de la culture de coli, examinée alors au microscope, montre des bactéries isolées pour la plupart et douées d'une grande mobilité; une goutte de la culture de bacille d'Eberth ne présente que des agglomérations éparses de microbes immobiles, déformés, épaissis, semblant collés les uns aux autres et figés sur la lame; on ne trouve plus de microbes isolés et mobiles. Formation d'un précipité visible à l'œil nu, immobilisation, agglomération et déformation des microbes, tels sont les éléments du phénomène.

Le sérum d'un animal fortement immunisé est beaucoup plus actif que le sérum d'un homme convalescent de fièvre typhoïde. Plus l'immunisation de l'animal a été poussée, plus son sérum est actif. Je possède un sérum, provenant d'ânes puissamment immunisés contre l'infection typhique, qui me donne couramment, en quelques heures, une réaction des plus marquées à la dose d'une goutte pour 10 centimètres cubes.

Un échantillon de ce sérum possède encore, après 6 mois de conservation au contact de l'air, ses propriétés agglutinantes; un autre échantillon les conserve également après 4 mois de dessiccation. Pour les mettre en évidence, il m'a suffi de diluer, au préalable, dans du bouillon, un fragment du sérum desséché.

Je laisse de côté l'interprétation du phénomène, qui soulève en ce moment de vives controverses, ne désirant insister aujourd'hui que sur un point de pratique.

En 1892, nous avons montré, avec M. Chantemesse (1), que, dans la fièvre typhoïde, avant même la convalescence, le sérum humain possédait des qualités thérapeutiques très marquées contre l'infection typhique expérimentale. Il était donc naturel de rechercher si le sérum des typhiques ne possédait pas, au cours de la maladie comme après la convalescence, la propriété d'agglutiner *in vitro* les bacilles d'Eberth épars dans une culture, et si cette réaction ne pouvait aider en clinique au diagnostic, souvent si épineux, de la dothiénentérie.

J'ai examiné, à ce point de vue, le sérum de 6 typhiques aux 7e, 12e, 15e, 16e, 19e, 21e jour de la maladie. Chaque fois, j'ai constaté, avec la plus grande netteté et la plus grande facilité, l'action immobilisante et agglutinante de ce sérum sur la culture en bouillon du bacille d'Eberth.

On peut procéder de la façon suivante. On puise aseptiquement, dans la veine du pli du coude, une petite quantité de sang avec une seringue stérilisable. On décante le sérum et on en ajoute quelques gouttes à un tube de bouillon, dans la proportion d'une partie de sérum pour 10 à 15 parties de bouillon. Pour 4 centimètres cubes de bouillon, par exemple, on met 8 gouttes de sérum et l'on porte à l'étuve à 37°. Au bout de 24 heures, le bouillon n'est que légèrement troublé, quelques flocons se sont précipités au fond et une poussière blanchâtre plus ou moins épaisse est en suspension dans toute la hauteur du tube. La réaction, à l'œil nu, peut être aussi nette que lorsque l'on a ajouté au bouillon du sérum d'animal immunisé; nous l'avons obtenue telle plusieurs fois, notamment dans un fait de fièvre typhoïde grave, au 15e jour de la maladie; mais il est des cas où les flocons sont à peine appréciables et l'aspect, à première vue, moins typique surtout lorsque le sérum employé est très coloré. Il suffit parfois d'agiter le tube et de le comparer à une culture typhique en bouillon simple, pour saisir immédiatement des différences appréciables. Tandis que la culture en bouillon ordinaire présente un trouble parfait et, regardé par transparence, offre un aspect moiré tout à fait spécial, le tube additionné de sérum, vu sous un certain angle d'incidence, présente un trouble apparent qui est dû seulement à un précipité fait d'une très fine poussière dont chaque grain, comme le microscope nous le montrera, n'est qu'une agglomération de microbes. Cet aspect spécial devient de plus en plus marqué à mesure que la culture vieillit; il est encore plus net après 2, 3 ou 4 jours, qu'après 24 heures. Le précipité paraît être d'autant plus abondant que la maladie est plus ancienne et la forme plus grave.

On ne doit pas se contenter de l'examen du tube, il peut être insuffisant pour entraîner, à l'œil nu, la conviction : l'examen au microscope est nécessaire.

Une goutte examinée, après 24 heures, sans coloration ni fixation, déposée simplement sur une lamelle que l'on renverse ensuite sur une lame, offre un aspect caractéristique. Les bacilles, au lieu de s'agiter en tous les points de la préparation, animés en tous sens des mouvements les plus variés, sont groupés, agglutinés les uns aux autres, en amas, formant des îlots séparés par de larges espaces vides, où l'on trouve encore souvent quelques éléments mobiles et isolés.

Le diagnostic peut être assuré beaucoup plus rapidement. Si, à une culture de bacille d'Eberth, en pleine activité, vieille de quelques jours, par exemple, on ajoute une goutte pour 5 cc. du sérum d'âne immunisé que nous possédons, on voit le bouillon s'éclaircir et le précipité commence à se former immédiatement, avec la rapidité d'une réaction chimique. Si, à une culture en activité de bacille d'Eberth, on ajoute du sérum de malades atteints de fièvre typhoïde, la réaction à l'œil nu est loin d'être aussi nette, et la proportion du sérum à ajouter doit être plus considérable. Cependant, elle peut être assez apparente pour que 6 gouttes de sérum, mélangées à 4 cc. de culture, donnent, après 2 à 3 heures dans le tube laissé à la température de la chambre, des grumeaux des plus caractéristiques à l'œil nu.

En général, le précipité n'apparaît pas aussi rapidement. Sa netteté et son moment d'apparition varient avec le sérum essayé. Sa constatation est, d'ailleurs, inutile pour établir le diagnostic qui ne doit jamais être porté qu'après examen microscopique. Si une heure ou 2 après avoir fait le mélange, on examine une goutte de la culture, le plus grand nombre des microbes apparaissent immobiles, agglutinés en amas caractéristiques. Tous les éléments ne sont pas sidérés, comme lorsqu'on opère avec le sérum d'un animal fortement immunisé : un certain nombre de bacilles peuvent apparaître encore isolés et mobiles; les amas sont peut-être moins compacts et les bactéries moins déformées, mais il suffit de comparer avec une préparation de culture typhique faite avant l'addition du sérum pour juger de l'intensité de son action sur les bacilles. Cette action est si rapide qu'elle est presque immédiate. Les amas sont visibles sous le champ du microscope quelques instants après le mélange.

On peut constater le phénomène d'une façon plus simple encore, sans même avoir recours à la ponction aseptique de la veine. Il suffit de piquer avec la pointe d'une lancette la pulpe d'un doigt que l'on a préalablement lavé antiseptiquement, puis desséché. On fait pendre la main du malade hors du lit, de façon qu'elle occupe une position déclive, on exprime le doigt par massage depuis la racine jusqu'au voisinage de la piqûre et l'on recueille quelques gouttes de sang dans une petite éprouvette de 3 cc. environ, celle de l'hématimètre par exemple, préalablement passée à la flamme d'une lampe à alcool et placée immédiatement au-dessous du doigt qui saigne. Un dé à coudre remplirait le même office. On peut recueillir facilement de la sorte 1 à 2 cc. de sang, mais 1/2 centimètre suffit à la rigueur. On bouche et on attend la séparation du sérum et du caillot, qui en général commence à se produire au bout de quelques minutes. Si, à 10 gouttes d'une culture en bouillon de bacille d'Eberth, on ajoute une goutte de sérum ainsi obtenu, on peut, au bout de quelques

(1) Etude expérimentale sur l'exaltation, l'immunisation et la thérapeutique de l'infection typhique. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 775.

minutes, si le sérum provient d'un typhique, constater, sous le microscope, les agglomérats microbiens caractéristiques. Dans l'intervalle de ces amas, on voit encore quelques bacilles isolés et mobiles dont le nombre va en diminuant au bout de quelques heures. Par ce procédé rapide, le sérum ne peut être que difficilement recueilli d'une façon aseptique. Si l'on mettait à l'étuve un mélange de bouillon et de ce sérum, on risquerait de trouver le lendemain la culture contaminée. On ne peut donc poursuivre pendant plusieurs jours le développement du phénomène et assister à l'agglomération de tous les grumeaux au fond du tube.

Bien plus, il suffit de laisser tomber une goutte de sang dans une éprouvette contenant 10 gouttes d'une culture en bouillon de bacille typhique pour avoir la réaction. On ne gagne pas de temps à ce procédé, car, avant de porter sous le microscope, il faut attendre que les globules rouges se soient déposés au fond du vase, et les avantages de cette pratique ne sont pas assez grands pour la préférer aux précédentes, quand le sang s'écoule en suffisance.

J'ai naturellement cherché si le sérum de personnes bien portantes. ou atteintes d'affections autres que la fièvre typhoïde, possédait les mêmes propriétés agglutinantes, vis-à-vis le bacille d'Eberth.

Le sang a été recueilli soit par ponction de la veine, soit par piqûre du doigt. Mes recherches ont porté sur 2 jeunes gens en parfaite santé, sur 5 personnes guéries de la fièvre typhoïde depuis 1 an, 4 ans. 5 ans, 9 ans, 14 ans, et sur 14 malades atteints d'affections diverses, telles que néphrite aiguë, néphrite chronique, tuberculose fébrile, pleurésie fébrile avec épanchement, pneumonie à la période d'état ou à la période de convalescence, embarras gastriques, lithiase biliaire avec fièvre, ictère catarrhal, cirrhose du foie, asystolie, acromégalie avec arthrite aiguë scapulo-humérale, rhumatisme articulaire aigu en convalescence. Le bacille d'Eberth s'est montré constamment insensible au sérum de ces 21 sujets, et toujours est resté sous le microscope isolé et mobile.

J'ai étudié comparativement sur des cultures d'un coli-bacille l'action du sérum des 6 typhiques, de 2 personnes guéries depuis plusieurs années de la fièvre typhoïde et de 12 des malades précédemment cités. Tous ces sérums se sont comportés de la même façon vis-à-vis le coli-bacille. Dans tous les cas, ce microbe conservait sa mobilité. Au milieu de tous les bacilles isolés et mobiles, on observe parfois de petits amas, discrets et dont les éléments s'agrègent et se désagrègent sous l'œil de l'observateur. Ce caractère, je le répète, s'observe sur les cultures de coli-bacille additionnées de sérum typhique, comme sur les cultures du même microbe additionnées de sérum de tout autre malade.

Voici donc un procédé simple et rapide, à la portée de tous, extemporané, ne nécessitant aucun matériel de laboratoire, pas même de matière colorante. Il suffit d'avoir à sa disposition des cultures pures en bouillon de bacille d'Eberth, que l'on peut conserver pendant des semaines, un microscope avec objectif à immersion et quelques gouttes, à la rigueur une seule, du sang d'un malade. Des observations ultérieures détermineront à quel jour précis de la maladie le phénomène commence à apparaître, elles nous diront s'il se manifeste dans les formes frustes et atténuées. Peut-être, en se multipliant, les recherches nous apprendront-elles que, par exception, la réaction peut faire défaut chez un typhique ou se montrer chez un autre malade, mais le fait de l'avoir constatée d'une façon précise dans 6 cas classiques de dothiénentérie (1), de n'avoir pu la déceler chez 21 autres sujets, montre suffisamment sa valeur comme élément de diagnostic dans un cas douteux de fièvre typhoïde.

(1) Trois de ces malades ont été observés dans le service de M. Fernet et un autre dans le service de M. Dalché. Je suis heureux de les remercier tous deux de leur obligeance.

Cette méthode de *séro-diagnostic*, suivant la dénomination que je propose, sera sans doute applicable à d'autres maladies, mais on peut déjà prévoir que peu d'infections s'y prêteront mieux que la fièvre typhoïde dont le microbe jouit d'une mobilité si grande, d'une vitalité si prolongée, et trouble le bouillon d'une façon si uniforme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juin.

Vaccination contre la variole ovine.

M. Duclert a vacciné certains animaux contre la clavelée, en ayant recours à des virus d'activité décroissante. Deux inoculations ont ensuite été faites : l'une, avec le virus le plus atténué, exposé à 25° pendant onze jours ; l'autre, avec un virus de neuf jours.

De ces expériences, il résulte, d'après l'auteur, que l'on vaccine facilement les animaux ayant hérité de leur mère une certaine immunité. On voit l'accident local rester peu développé, après introduction du virus atténué ; de même, il n'y a pas à attendre chez ces sujets de généralisation de l'infection. Cette immunité héréditaire dure, du reste. peu de temps ; c'est trois mois après la naissance que l'on réussit le mieux.

Chez les sujets ordinaires, il est de toute nécessité d'inoculer successivement des virus de onze et de neuf jours ; il arrive même que le virus de neuf jours ne donne aucun résultat, surtout si les sujets sont un peu âgés et offrent un certain degré de résistance. Le virus de la clavelée obéit à ces différentes lois.

M. Charrin insiste sur l'atténuation de certains virus en passant par l'état vaccinal, et cela entre les limites extrêmes. Ces virus atténués, introduits chez les ascendants, font subir des modifications aux descendants, comme l'orateur l'a montré avec M. Gley.

Action de la propeptone sur la coagulabilité du sang de lapin.

M. Gley. — La propeptone pure et la peptone de Witte — mais la peptone à un plus fort degré — diminuent *in vitro* la coagulabilité du sang du lapin. La propeptone a même sur le sang du lapin une action anticoagulante ; mais, expérimentalement, cette action est difficile à reproduire, car la dose nécessaire est mortelle. Elle est même rapidement mortelle, la circulation cessant presque immédiatement. Aussi la substance n'a-t-elle, pour ainsi dire, pas le temps d'agir.

Un nouveau mode d'intoxication saturnine.

M. Charcot rapporte un cas d'intoxication saturnine dont la cause n'a pas encore été signalée. Une femme âgée de 32 ans, fleuriste depuis douze ans, était atteinte d'accidents saturnins. L'explication de ces accidents se trouve dans le fait suivant : cette femme enroulait les tiges des fleurs artificielles avec du papier de soie coloré en vert. Elle était souvent obligée, pour faciliter l'enroulement, de mouiller l'extrémité de ses doigts avec sa langue. Les doigts, de leur côté, étaient en continuel contact avec le papier. Ce papier, analysé par M. Yvon, contenait une grande quantité de sels de plomb, d'où production des accidents saturnins.

Des injections intraveineuses de peptone après extirpation du foie combinée à la fistule d'Eck.

MM. Hédon et **Delezenne** ont montré le rôle du foie dans la formation de la substance anticoagulante qui est produite par injection intravasculaire de peptone.

Dans ce but, ils ont extirpé le foie à des animaux à qui ils avaient au préalable fait la fistule d'Eck, c'est-à-dire une communication artificielle entre la veine porte et la veine cave. Le foie fut enlevé quelques heures après l'établissement de la fistule.

Dans les deux expériences de ce genre auxquelles se livrèrent les auteurs, la survie fut d'environ trois heures.

L'on ne peut nier que sous l'influence de l'ablation du foie, l'injection de peptone produit son effet anticoagulant. Il y a là une sorte de rôle spécifique. Aucun autre organe n'est à même de remplacer le foie.

Les auteurs ont, de plus, à l'aide d'un manomètre appliqué à l'artère fémorale, recherché l'effet de l'injection de peptone sur la pression sanguine. Le foie extirpé, la pression était de 10 centimètres de mercure; pendant l'injection de peptone, elle tomba à 5 centimètres. A la mort de l'animal seulement, la pression se releva. Camus et Gley avaient déjà fait voir que les effets de la peptone sur la coagulation sanguine et la pression sanguine pouvaient être expérimentalement dissociés, les deux phénomènes n'ayant pas nécessairement entre eux une relation causale. Les expériences de MM. Hédon et Delezenne semblent venir plaider en faveur de cette manière de voir.

Photographie musculaire.

M. Weiss a cherché à faire des photographies microscopiques en série de la fibre musculaire pendant la durée de sa contraction, en employant un appareil chromophotographique de Marey, disposé spécialement à cet effet. Il a fait un grand nombre d'épreuves dans diverses conditions. Mais jamais il n'a pu obtenir d'ondes, ni étudier la propagation de l'onde.

Des courants continus à travers les tissus.

M. Weiss montre que le courant continu produit, à travers les muscles, de véritables phénomènes d'électrolyse. En effet, il en est, dans ce cas, du muscle comme s'il était formé de nombreux petits éléments juxtaposés et se polarisant comme autant de petits accumulateurs. On retrouve également ces phénomènes sur la matière non organisée. De plus, un tube de gélatine blanche, légèrement colorée dans son milieu, par exemple par le bleu de méthylène, s'il est soumis à l'action d'un courant continu, sera le siège de déplacements de la matière colorante. Toutefois, toutes les couleurs ne vont pas dans le même sens.

Du fer dans le foie et la rate.

MM. Guillemonat et **Lapicque** ont entrepris de nombreuses expériences qui leur permettent de considérer comme pathologiques les chiffres très élevés de la teneur en fer du foie et de la rate. Sont pathologiques, les chiffres dépassant 0.50 pour 1000 dans le foie, ceux dépassant 1 pour 1000 dans la rate. On constate, en effet, dans ces conditions, un pigment pathologique ferrugineux. auquel MM. Auscher et Lapicque ont donné le nom de rubigine.

De la rubigine en pathologie.

MM. Guillemonat et **Lapicque**, par la recherche systématique de la rubigine chez cinquante-trois sujets atteints de maladies différentes, sont arrivés à trouver sept fois ce pigment dans la rate. Il s'agissait, dans ces sept derniers cas, de quatre tuberculeux, un cancéreux, un néphritique et un cas pathologiquement inconnu.

On voit que ce sont des maladies n'ayant aucun rapport entre elles. Les auteurs signalent d'ailleurs ce fait que cinq fois ils ont eu affaire à des maladies chroniques, facilitant les ruptures vasculaires, ce qui porterait à admettre, comme exact et réel, le mécanisme que MM. Auscher et Lapicque ont reconnu expérimentalement.

Dosage du fer dans les tissus auxquels on ne peut enlever tout leur sang.

MM. Guillemonat et **Lapicque** rappellent qu'on ne peut pas toujours débarrasser un organe du sang qu'il contient par le lavage avec la solution d'eau salée physiologique. Aussi est-on forcé, pour doser le fer de ce genre d'organes, de recourir à un autre procédé. Ce dernier consiste à chercher la quantité de fer existant dans l'organe sous forme d'hémoglobine, et à la retrancher de la quantité de fer trouvée par incinération de l'organe avec son sang.

Cette méthode porte à admettre que tout le fer du sang y est contenu sous forme d'hémoglobine. Celle-ci peut être considérée comme la seule matière colorante du sang. Donc, le sang dilué dans l'eau distillée et rendu transparent par l'addition d'une goutte d'ammoniaque se comporte comme une solution pure d'hémoglobine, tant au point de vue du fer qu'à celui de la calorimétrie. Pour une espèce donnée, le rapport entre la puissance colorante du sang et sa teneur est *a priori* constant.

Classification des sérums.

M. Charrin présente à la Société, au nom de **M. Meyer**, un ouvrage de ce dernier sur la classification des sérums entre eux. Il les divise en plusieurs groupes: sérums artificiels, faux sérums dépourvus d'albumine, simples solutions minéralisées, sérums vrais des sujets normaux, sérums vrais des immunisés, sérums vrais des intoxiqués.

Cette dernière catégorie est seule nuisible à la marche de la maladie. Les autres, en effet, agissent sur la diurèse, l'urée, le système nerveux, la dialyse, la nutrition, la température, l'alcalinité, la fixation des toxines et autres éléments.

Les propriétés germicides, bactéricides, stimulatrices des phagocytes ne sont développées que dans les humeurs de certains réfractaires.

Par ces ressemblances et ces distinctions, on conçoit bien des résultats sur lesquels on n'est pas encore fixé.

Du splanchnomètre.

MM. Capitan et **Verdin** désignent sous le nom de splanchnomètre un stéthoscope destiné à l'auscultation de la percussion. Ce stéthoscope est une modification et un perfectionnement du stéthoscope de Boudet.

Action du filtre de porcelaine sur le venin de vipère.

M. Phisalix a remarqué, en faisant agir des agents physiques, comme la chaleur et l'électricité, sur le venin de la vipère, que le chauffage et les courants à haute fréquence font disparaître le pouvoir toxique de ce venin, en déterminant des propriétés vaccinales.

C'est pour démontrer directement la préexistence des principes vaccinants dans le venin de vipère que l'auteur les a isolés par un procédé dépourvu d'action chimique modificatrice, consistant en filtration sur la porcelaine.

En effet, inocule-t-on à un cobaye une solution de 1 pour 1000 de venin de vipère, à la dose d'un milligramme répétée à plusieurs reprises, on peut toujours voir qu'après filtration sur porcelaine le venin de vipère a perdu sa toxicité et possède des propriétés vaccinantes.

C'est ainsi que, pratiquement, la filtration est préférable au chauffage, parce qu'elle permet d'isoler les substances vaccinantes sans en affaiblir les propriétés.

M. Bourquelot lit, au nom de **M. Hérissey**, une étude comparée sur *l'émulsine des amandes et l'émulsine de l'Aspergillus Niger.*

M. Samson présente une *caisse d'expérience pour établir le bilan nutritif des petits animaux.*

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 6 AU 11 JUILLET 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (1re série) : MM. Guyon, Berger, Sebileau. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (2e série) : MM. Le Dentu, Polaillon, Albarran. — 5e (2e partie), Necker : MM. Dieulafoy, Hutinel, Charrin.

A 9 heures 1/2. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

A 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Straus, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Ricard, Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Monod, Lejars, Walther. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Hayem, Widal.

Mardi 7 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Rémy, Quénu, Poirier. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Marie, Letulle. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Guyon, Campenon, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Duplay, Le Dentu, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin.

Mercredi 8 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (1re série) : MM. Berger, Monod, Ricard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (2e série) : MM. Marchand, Reclus, Broca. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Jaccoud, Hayem, Charrin.

A 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Raymond, Retterer, Sebileau.

Jeudi 9 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire.

Vendredi 10 juillet, à 9 heures. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, André. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (1re série) : MM. Guyon, Panas, Albarran. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (2e série) : MM. Le Dentu, Campenon, Nélaton. — 5e (2e partie) Necker : MM. Dieulafoy, Dehove, Ménétrier.

A 1 heure. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Hayem, Gaucher, Wurtz. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Widal, Thoinot.

Samedi 11 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (1re série) : MM. Berger, Lejars, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (2e série) : MM. Reclus, Tuffier, Delbet. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Raymond, Charrin, Widal.

A 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Polaillon, Rémy. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Hutinel, Achard. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Roger.

EXAMENS D'OFFICIAT

Lundi 6 juillet, à 1 heure. — 2e (Fin d'année) : MM. Marchand, Retterer, Poirier.

Mardi 7 juillet, à 1 heure. — 3e (Fin d'année) : MM. Debove, Marfan, Thiéry.

Samedi 11 juillet, à 1 heure. — 3e (Fin d'année) : MM. Lahoulbène, Poirier, Letulle.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

Vendredi 10 juillet, à 9 heures. — 2e Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 8 juillet, à 1 heure. — *M. Servin* : Essai sur le rôle de l'hérédité dans le rétrécissement mitral pur ; hérédité homœomorphe (MM. Potain, Straus, Gaucher, Wurtz). — *M. Callais* : Essai sur la phlébite précoce des tuberculeux (MM. Potain, Straus, Gaucher, Wurtz). — *M. Bousquet* : Contribution à l'étude du chimisme gastrique dans le cancer sur l'estomac ; sa valeur dans le diagnostic et ses indications thérapeutiques (MM. Straus, Potain, Gaucher, Wurtz). — *M. Thouvenin* : Contribution à l'étude du pyopneumothorax sousphrénique (d'origine tuberculeuse) (MM. Straus, Potain, Gaucher, Wurtz). — *M. Marmarian* : Contribution à l'étude des abcès froids de la paroi thoracique latérale ; des abcès d'origine pleurale (MM. Tillaux, Terrier, Lejars, Tuffier). — *M. Legrand* : De la cystocèle crurale (MM. Tillaux, Terrier, Lejars, Tuffier). — *M. Nimier* : De la sérothérapie dans les conjonctivites pseudo-membraneuses (MM. Terrier, Tillaux, Lejars, Tuffier). — *M. Gamulin* : L'allaitement chez les albuminuriques (MM. Pinard, Landouzy, Netter, Widal). — *M. Magne* : Réflexe cutané respiratoire chez le fœtus à terme (MM. Pinard, Landouzy, Netter, Widal). — *M. Roche* : Contribution à l'étude du salicylate de soude, envisagé comme cholagogue et antiseptique biliaire (MM. Landouzy, Pinard, Netter, Widal). — *M. Le Goff* : Etude sur le traitement de la coqueluche par l'antipyrine (MM. Landouzy, Pinard, Netter, Widal).

Jeudi 9 juillet, à 1 heure. — *M. Castaing* : Essai sur les eaux minérales de la Roche-Posay (Vienne) (MM. Bouardel, Proust, Netter, Thoinot). — *M. Delage* : Des lésions gastro-intestinales dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (MM. Brouardel, Proust, Netter, Thoinot). — *M. Gascoa* : De la mort subite et des erreurs médico-légales auxquelles elle peut donner lieu (MM. Proust, Brouardel, Netter, Thoinot). — *M. Neret* : La prophylaxie de la lèpre au moyen âge (MM. Proust, Brouardel, Netter, Thoinot). — *M. Georges Vincent* : Etude sur le cancer de l'ampoule de Vater (MM. Cornil, Le Dentu, Chantemesse, Albarran). — *M. Livet* : De l'emploi du carbure de calcium en chirurgie et particulièrement dans le traitement du cancer de l'utérus (MM. Cornil, Le Dentu, Chantemesse, Albarran). — *Mlle Goldé* : L'incinération (MM. Cornil, Le Dentu, Chantemesse, Albarran). — *M. Goupil* : Des incidents immédiats qui succèdent aux opérations sur le scrotum ; procédé de suture qui tend à les prévenir ; suture capitonnée (MM. Le Dentu, Cornil, Chantemesse, Albarran). — *M. F. Pierre* : De l'alcoolisme en Basse-Normandie (MM. Ch. Richet, Raymond, Gilbert, Marie). — *M. Helfond* : Contribution à l'étude de la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial (MM. Raymond, Ch. Richet, Gilbert, Marie). — *M. Griffault* : Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie (MM. Raymond, Ch. Richet, Gilbert, Marie). — *M. Robet* : Les rash prééruptifs de la rougeole (MM. Grancher, Dehove, Letulle, Charrin). — *M. Roussel* : Contribution à l'étude des paralysies pneumoniques (MM. Debove, Grancher, Letulle, Charrin). — *M. Davrac* : Contribution à l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate de soude (MM. Debove, Grancher, Letulle, Charrin). — *M. Raingeard* : Des manifestations cutanées de l'actinomycose (MM. Dehove, Grancher, Letulle, Charrin). — *M. Pichat* : De l'hémorrhagie dans l'iritis (MM. Panas, Duplay, Nélaton, Hartmann). — *M. Manichon* : De l'hérédité du cancer et en particulier du cancer de l'estomac (MM. Duplay, Panas, Nélaton, Hartmann). — *M. Helle* : Des tumeurs du calcanéum (MM. Duplay, Panas, Nélaton, Hartmann). — *M. Mandailles* : Des mastites puerpérales et de leur traitement (MM. Duplay, Panas, Nélaton, Hartmann).

Vendredi 10 juillet, à 1 heure. — *M. Calderon* : Iridochoroïdites infectieuses (MM. Potain, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Lesly* : De la narcolepsie (MM. Potain, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Venot* : Du foie cardiaque dans les symphyses du péricarde (MM. Potain, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours pour le clinicat.

Voici la composition des jurys des divers concours des clinicats, ainsi que la liste des candidats :

1° *Clinicat chirurgical. — Juges* : MM. Duplay, Le Dentu, Tillaux, Terrier, Berger.

Candidats : MM. Mauclaire et Banzet.

2° *Clinicats médical, des maladies des enfants et des maladies cutanées et syphilitiques. — Juges* : MM. Hayem, Fournier, Grancher, Dieulafoy, Debove.

Candidats : *a*) Chinicat médical : MM. Renou, Tissier, Charrier, Laporte et Thiercelin. — *b*) Clinicat des maladies des enfants : MM. Zuber, Renault, Thiénot. — *c*) Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Emery et Gastou.

Stage hospitalier.

Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-97 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étu-

diants dont la scolarité sera sonmise au stage an cours de l'année scolaire 1896-97, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de médecine de Paris. savoir : 8e on 12e (régime de 1878), 4e (régime de 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1896, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas d'inscription en juillet 1896 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

MM. les étudiants qui scront appelés sous les drapeaux en novembre 1896 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Souques, 16; Teissier, 20; Thiroloix, 16; Parmentier, 16; Berbez, 17; Gallois, 17.

Voici le nombre des points ohtenus par les candidats admis à subir les épreuves définitives : MM. Boulloche, 38; Courtois-Suffit, 38; Lesage, 38; Teissier. 38; de Gennes, 37; Le Noir, 37; Méry, 37; Legry, 36; Renault, 36; Gallois, 35.

La première séance de l'épreuve orale a eu lieu le 30 juin : MM. Legry, 17; Méry, 19; Teissier, 15; Renault, 13; Boulloche, 16.

Concours de chirurgie (Bureau central).

MM. Souligoux, 16; Thiéry, 18; Regnauld, 14; Glantenay, 18.

Voici le nombre des points ohtenus par les candidats admis à subir l'épreuve de la consultation : MM. Chevalier, 47; Villemin, 47; Rieffel, 46; Guillemain, 45; Mauclaire, 45; Thiéry, 45; Glantenay, 43; Cazin. 42; Clado, 42; Souligoux, 42; Morestin, 41.

VARIA

Le conseil municipal de Paris vient d'adopter une proposition aux termes de laquelle l'Administration est invitée à prescrire aux médecins de l'état civil : 1° de se faire présenter, toutes les fois que cela sera possible, les nouveau-nés hors de la chambre des accouchées; 2° de ne jamais demander à ces dernières les renseignements qu'il leur est prescrit de recueillir dans un intérêt purement statistique.

NOTES POUR L'INTERNAT

DE L'ASYSTOLIE

Définition.

De α, privatif, et συστολη, systole, l'asystolie est un complexus morbide, un syndrôme commandé par l'insuffisance cardio-vasculaire au cours d'états pathologiques variables.

Il n'y a pas une asystolie, mais *des asystolies*.

Historique.

Création du mot asystolie par Beau en 1856. Terminologie fausse, puisque asystolie veut dire défaut de systole et, par conséquent, mort. En réalité : hyposystolie.

Première période (Beau) :

La théorie cardiaque pure règne en maîtresse. La lésion cardiaque est tout. Le lésion valvulaire est seule en cause et toujours primitive.

Deuxième période (Rigal-Peter) :

Système vasculaire périphérique s'associe au système circulatoire central pour créer l'asystolie.

Action réciproque des vaisseaux sur le cœur et du cœur sur les vaisseaux et cela démontré par :

1° Autonomie, grâce au système nerveux du système vasculaire périphérique vis-à-vis de l'organe cœur (hypérémie vasculaire dans les organes sécrétoires sans augmentation de l'impulsion ou de la tension cardiaque).

2° Section de la moelle diminue force et nombre des battements du cœur par vaso-dilatation des artérioles.

3° Excitation du nerf de Cyon (nerf sensitif du cœur) entraîne phénomènes d'inhibition sur sympathique et splanchniques, d'où affaiblissement des contractions cardiaques.

C'est là la deuxième période historique : phase asthénique cardio-vasculaire de Rigal et Peter.

Troisième période (Potain, Fr. Franck, Barié-Teissier).

A côté des asystolies organiques entrent en jeu les asystolies inorganiques, fonctionnelles. A côté de l'asthénie vasculo-cardiaque, il a y place pour le spasme réflexe des petits vaisseaux ; augmentation de tension, dilatation des cavités cardiaques, d'où asystolies passagères (cœur droit surtout).

Physiologie pathologique.

Asystolie classique par cœur gauche (suite de lésion mitrale). Compensation n'existe plus. Troubles cardio-vasculaires.

Accidents mécaniques.

Dilatation oreillette gauche, puis stase dans les veines pulmonaires.

Accidents chimio-dynamiques.

Poumons congestionnés passivement.

Entrave de l'hématose, d'où *anoxhémie.*

Entrave de l'hématopoïese (congestion splénique) d'où *anhématie.*

Troubles d'absorption digestive, d'où *apepsie.*

Troubles de circulation rénale (congestion rénale) d'où *anurie, albuminurie.*

Troubles dans la circulation porte (voies d'absorption) d'où *ascite* et *cachexie*.

Troubles dans la circulation capillaire, d'où œdèmes.

Graduellement, parallèlement, les organes meurent pièce par pièce, molécule à molécule, de telle sorte que « *quand le malade a cessé de vivre, n'a-t-il en réalité que cessé de mourir* » (Peter).

Etiologie.

Bard (de Lyon) divise les asystolies en asystolies mécaniques, dégénératives, inflammatoires ; mieux vaut les diviser en asystolies par lésions organiques cardiaques, et troubles fonctionnels cardiaques, ou encore, pour être plus large, en :

1° Asystolies à point de départ thoracique ;

3° Asystolies à point de départ abdomino-uro-génitale ;

3° Asystolies dans les maladies nerveuses.

I. Origine thoracique.

1° Par lésions directes de l'appareil cardiaque.

a) Péricarde.

Asystolie par péricardite aiguë (rare) (rhumatisme arti-aigu). Loi de Stokes : presque toujours myocardite sous-jacente.

Asystolie par péricardite chronique. Symphyse cardiaque (Morel-Lavallée.)

b) Myocarde.

A rejeter les myocardites aiguës. Phénomènes de syncope mortelle plutôt que syndrôme asystolique.

Asystolie par myocardite chronique :

Dyscrasique : Goutte, diabète, obésité (polysarcie cardiaque);

Toxique : Plomb, phosphore, alcool;

Infectieuse : Chronicité s'installant à la suite de maladies aiguës : fièvre typhoïde, variole, rougeole; surtout rhume articulaire aigu ou débutant chronique d'emblée : syphilis, tuberculose.

c) *Endocarde.*

Entraînant asystolie par ordre de fréquence : lésions mitrales, tricuspidiennes, pulmonaires, aortiques, pouvant être consécutives à toute maladie infectieuse.

1° Par lésions directes de l'appareil pleuro-pulmonaire :

a) *Affections pulmonaires chroniques :*

Emphysème, bronchecturie, bronchite chronique.

b) *Affections pulmonaires aiguës :*

Cadre des « asphyxies pulmonaires » (Pitres) : croup, laryngite striduleuse, broncho-pneumonie, bronchite capillaire, coqueluche et même pneumonie.

c) *Affections pleurales :*

Pleurésie aiguë et surtout symphyse pleurale (Sénac).

d) *Affections du médiastin :*

Adénopathie trachio-bronchiale (Merklen).

Dire quelques mots du cœur des *gibbeux*, ces prédisposés à l'asystolie.

II. Origine abdomino-uro-génitale.

A. Abdominale :

Estomac : Dilatation, gastrite chronique, ulcère rond (expériences de Chauveau).

Foie (Gangolphe, Fabre, Potain, Barié) : colique hépatique, ictère catharrbal.

Asystolie réflexe. Voie centripète pneumo-sympathique (Potain : pneumogastrite) (Fr. Franck : sympathique). Enregistrement bulbaire. Voie de réaction centrifuge sympathique par vaso-constriction des capillaires pulmonaires. D'où élévation de tension et asystolie consécutive du cœur droit.

B. Uro-génitale :

Chez *l'homme :* au cours de l'orchite aiguë (Bidon), de l'étranglement herniaire (Berger).

Chez la *femme :* au cours de lésions utérines (fibro-myomes) ou de vice de position de l'organe (Teissier et Morel).

Accidents gravido-cardiaques (Peter).

Cardiopathie de la ménopause (Clément).

Chez les deux, au cours de néphrites chroniques, « cachexie hydrocardiaque » de Lecorché.

III. Origine nerveuse vraie.

Au cours de névroses : goitre exophtalmique (Rendu), hystérie (Fabre), cardiopathies hystériques.

Au cours de névrites périphériques : sciatique (Potain), névralgie du tibial antérieur (Ollier).

Au cours de maladies centrales : paralysies bulbaires, myélites par compression (Schnell).

Symptomatologie.

Diminution de la tension artérielle, augmentation de la tension veineuse, les deux grands facteurs d'où va découler toute la symptomatologie.

Attitude du malade.

Facies bouffi, œil brillant, teinte violacée, veines du cou turgescentes, anxiété, anhélation, position assise, jambes pendantes, insomnie perpétuelle (muscles respiratoires volontaires devant entrer en jeu). Œdème malléolaire, souvent anasarque généralisé, ascite abdominale.

Pouls : Petit, dépressible, misérable. Pas de fièvre en général. Pouls veineux, jugulaire vraie, pouls veineux hépatique (Mahot et Potain).

Cage thoracique.

Poumons : Œdème pulmonaire aux deux bases, souvent hydrothorax bilatéral.

Cœur : Pointe abaissée, choc diminué d'intensité, augmentation de la matité cardiaque à l'auscultation, arythmie, « murmure asystolique » de Parrot, bruits de galop à modalités différentes de Cuffer.

Abdomen.

Foie gras : Débordant fausses côtes, douloureux à la pression.

Troubles digestifs : Vomissements, diarrhée parfois.

Troubles urinaires : Oligurie, anurie, albuminurie.

Evolution.

Vers guérison relative.

Repos, digitale.

Vers terminaison fatale.

a) Par asphyxie lente et très pénible.

b) Par syncope brusque.

c) Par « cachexie cardiaque prolongée » (Andral).

Formes.

1° Type cardio-artériel.

Chez vieillards. Tableau de l'athérome artériel. Cœur hypertrophié. Artères dures. Pâleur générale. Peu de cyanose. Dyspnée spéciale.

2° Type cardio-rénal.

Ressemble un peu au type précédent. Bruit de galop. Bouffissure molle. Cachexie hydro-cardiaque (Lecorché et Talamon).

3° Type cardio-pulmonaire.

Chez le gibbeux, le rachitique, le plus souvent chez l'emphysémateux, le vieux catarrheux bronchitique, dyspnée et cyanose à l'extrême.

4° Type cardio-hépatique.

Congestion passive du foie avec ictère chronique (pouls veineux « asystolie hépatique » (Hanot et Parmentier).

5° Type cardio-cérébral.

C'est la folie cardiaque à côté de la folie brightique de Dieulafoy et de la folie hépatique de Roger et Lévy. Hallucinations. Somnolence. Subdélire. Accès de lypémanie, idées de grandeur, de persécution observées.

Dire un mot de l'asystolie chez l'enfant où le foie non adultéré est presque toujours indemne; et de la période pré-asystolique chez les cardiaques *mitraux* et chez les cardiaques *aortiques*.

Le *cardiaque aortique* est irritable, grincheux, avec facies pâle et yeux brillants.

Le *cardiaque mitral* est mou, apathique, avec facies congestionné et injecté.

Pronostic.

Se tire de la cause, de l'âge, de la répétition des poussées asystoliques. Toujours plus favorable dans les asystolies fonctionnelles.

Diagnostic.

Y a-t-il asystolie ?

Eliminer asthme, dyspnée brightique simple, cirrhose alcoolique, néphrite aiguë. Mais toutes ces maladies du poumon, du foie, du rein, peuvent se compliquer d'asystolie vraie, et la tâche la plus difficile est certainement le diagnostic étiologique.

Anatomie pathologique.

Esquisse rapide des lésions macroscopiques et microscopiques, presque toujours lésions banales de congestion passive.

Traitement.

Repos, purgatif, régime lacté, digitale, digitaline, caféine, spartéine, strophantus.

Se souvenir thérapeutiquement : que suivant l'adage de Hanot, l'asystolie est au cœur ce que l'ictère grave est au foie, et l'urémie au rein, c'est-à-dire syndrôme terminal.

Ath. S.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et Dubuisson 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef* : **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par PIERRE SEBILEAU.

(*Suite.*)

3° Le crémaster et le gubernaculum chez les animaux à testicules perpétuellement visibles.

A. CHEZ LES ANIMAUX A L'ÉTAT FOETAL

Mes études ont porté sur plusieurs classes des mammifères : parmi les ruminants, j'ai choisi les ovidés et les bovidés ; parmi les solipèdes, le cheval.

a *Ovidés et bovidés.* — J'ai disséqué beaucoup de fœtus d'ovidés et de bovidés ; j'ai examiné des sujets à tous âges de la vie utérine.

Les fœtus des ovidés et des bovidés sont loin de présenter, en ce qui concerne l'étude de la migration testiculaire, les avantages que présentent ceux des pachydermes solipèdes ; chez ceux-là, en effet, la descente s'opère de très bonne heure, tandis que chez ceux-ci, le testicule ne descend souvent dans les bourses qu'après la naissance.

Pour les premiers, on ne peut donc utiliser, en ce qui concerne l'étude des organes dont le développement est lié à la migration testiculaire, que des sujets très jeunes dont les tissus mous et gélatineux sont d'une dissection difficile. Ainsi, sur un fœtus de brebis long de quinze centimètres (je mesure du point culminant de la tête à la naissance de la queue) le testicule est déjà à l'entrée du canal inguinal, quelquefois même dans le canal inguinal. Sur les fœtus de vache, la descente est aussi très précoce.

« Chez le bélier dont le testicule est encore suspendu dans la cavité abdominale, dit JOHN HUNTER dans son remarquable mémoire, le crémaster existe également, quoiqu'il soit alors plus faible ; au lieu de se diriger de haut en bas, comme dans le cas où le testicule est descendu, il se réfléchit de dehors en dedans et de bas en haut et se perd sur le repli péritonéal qui recouvre le ligament qui attache le testicule aux parois de l'abdomen et qui, dans cet état de l'animal, a environ un pouce et demi de longueur. » Je ne sais si JOHN HUNTER entend parler du bélier fœtus ou du bélier adulte dont le testicule n'aurait pas accompli sa migration, — accident qu'il prétend fréquent et que je juge, au contraire, assez rare d'après les observations que j'ai faites aux échaudoirs et les questions que j'ai posées aux tueurs (ceux-ci donnent au bélier cryptorchide le nom de bique-bouc) — ; mais ce que je puis affirmer, c'est que rien de semblable à la disposition que signale HUNTER n'existait chez les fœtus (et ils sont nombreux) que j'ai examinés. Voici, en réalité, ce qu'on voit :

1° Avant que le testicule ait pénétré dans le canal inguinal.

On dépouille le ventre de l'animal : cela est facile et la peau vient tout d'une pièce ; on ouvre l'abdomen en croix. Un peu au-dessus de l'orifice profond du canal inguinal, à un ou deux centimètres, le testicule apparaît tout à fait blanc, gros comme un grain de chènevis chez le bélier, un peu plus volumineux chez le taureau. Il est entouré par le péritoine ; derrière lui se développe un méso bien marqué ; il est coiffé par l'épididyme ; à son pôle inférieur s'attache un cordon blanchâtre, élastique, recouvert par le péritoine qui forme aussi derrière lui un méso. Ce cordon plonge dans le canal inguinal. Quand on le saisit entre les mors d'une pince et qu'on l'attire dans l'intérieur de la cavité abdominale, la poche des bourses, qui est déjà formée, se fronce à sa partie inférieure et rentre, pour ainsi dire, en elle-même ; elle se retourne si on augmente la traction et peut ainsi, complètement invaginée, entrer tout entière

dans la cavité abdominale, suivant le gubernaculum avec lequel il est facile d'observer sa continuité. Si on étudie cette poche des bourses, en place, après dépouillement, voici ce qu'on voit. Elle est formée par des fibres musculaires qui viennent de la partie inférieure des muscles abdominaux et sortent par l'orifice inférieur du canal inguinal: ces fibres sont étalées de façon à former une tunique complète, éraillée pourtant en certains points. Elles sont surtout nombreuses et épaisses en dehors, où elles sont formées par l'épanouissement d'un faisceau qui se rend vers la ceinture musculaire abdominale, se confond avec elle, mais peut être artificiellement isolé par la dissection du corps du petit oblique dont il forme manifestement les fibres inférieures, et être suivi ainsi jusque sur la forte aponévrose qui recouvre le psoas iliaque; les fibres postérieures et internes s'attachent sur l'arcade crurale. Il s'agit donc là d'une véritable tunique érythroïde préformée, émanée du petit oblique et formant une poche tout ouverte devant le testicule. Quand de la cavité abdominale on essaie de glisser un stylet dans la poche érythroïde par le canal inguinal, en suivant le gubernaculum, on constate que le bec de l'instrument bute un obstacle et est bientôt arrêté. En effet, on voit bien le péritoine plonger avec le gubernaculum, et sur la face antérieure de celui-ci, dans le canal inguinal; mais il n'y forme qu'une fossette peu prolongée: c'est le fond de cette fossette qui arrête la pointe du cathéter. En arrière et sur les côtés, on ne peut même pas introduire l'instrument, le petit méso du gubernaculum s'y opposant; mais si l'on détruit ce méso, le stylet, derrière le faisceau gubernaculaire, s'enfonce facilement et plonge dans la bourse érythroïde.

2° *Quand le testicule a franchi le canal inguinal.*

L'enveloppe érythroïde apparaît alors très rouge, très développée, très épaisse, surtout en dehors. On peut étudier plus facilement encore l'origine des faisceaux musculaires qui la forment. A cet égard, rien à ajouter à ce que j'ai dit plus haut. On ouvre les bourses par une petite incision antérieure, et, à une hauteur variable suivant l'âge de l'animal, on trouve le testicule vertical, n'ayant pas encore accompli sa migration complète et toujours situé à une certaine distance au-dessus du fond de la poche. Du pôle inférieur de ce testicule se détache le gubernaculum: ce gubernaculum, dont le volume, sur les fœtus de cet âge, est beaucoup plus considérable, n'est pas très gros à son extrémité testiculaire; mais il s'enfle bien vite, se double, durcit et va s'attacher tout au fond de la gaine musculaire; quand on palpe les bourses avant de les avoir incisées, on dirait qu'elles sont remplies par deux testicules de chaque côté: l'un supérieur, petit et mou, l'autre inférieur, volumineux et dur. Ce faux testicule inférieur c'est, en réalité, la queue du gubernaculum.

La poche érythroïde a la forme d'une gourde, d'une cornue à col droit; elle est pyriforme. Le col est en haut, attaché à la paroi abdominale; le ventre est en bas, pendant entre les cuisses. Si, dans le haut du col de cette gourde, on pratique un orifice et que, par cet orifice, on glisse un stylet dans la cavité de la poche, on peut se convaincre que ce stylet pénètre jusqu'au fond. en suivant le gubernaculum: ce stylet. promené tout autour du gubernaculum, le circonscrit de tous côtés, cheminant entre lui et la face profonde de la gaine érythroïde; en arrière, cependant, sa course circulaire est arrêtée: là, il y a une barrière tendue entre le faisceau gubernaculaire et l'érythroïde. La cavité où se promène le cathéter est la cavité vaginale; cette cavité vaginale n'est donc pas seulement péritesticulaire, elle est encore sous-testiculaire, c'est-à-dire périgubernaculaire.

En incisant la poche érythroïde, on peut se rendre compte des rapports qui existent entre ses faisceaux et le gubernaculum. On voit ce gubernaculum, tout à fait en bas, au fond du sac, adhérer d'une façon très intime à la face profonde de l'enveloppe crémastérienne au milieu de laquelle il est inclus. Cette adhérence est telle qu'il y a véritablement fusion entre l'un et l'autre. En tirant le gubernaculum vers l'abdomen, on peut l'extraire de sa gaine érythroïdienne qui le suit alors, se retourne et se met pour ainsi dire à l'envers. C'est ainsi qu'on peut facilement étudier la continuité des deux organes; au point où ils se confondent, un sillon peu profond mais indiscutable, sillon visible à l'œil nu, mais surtout très apparent à la loupe. et un changement de couleur assez prononcé (le crémaster est plus rouge que le gubernaculum) marquent leurs limites réciproques. Au reste. s'il pouvait subsister quelque doute à cet égard, le microscope trancherait la question. C'est à lui que Debierre et Pravaz (1) ont interrogé; voici comment ils formulent le résultat de leurs recherches : « Le gubernaculum testis est de nature musculaire. Ses éléments sont composés d'une série de cellules fusiformes à noyau ovoïde fortement coloré par le carmin, soudés bout à bout et réunis en faisceaux. La poche érythroïde, bien que formée d'éléments musculaires jeunes, laisse néanmoins entrevoir que ces éléments sont des fibres striées. »

Le gubernaculum n'adhère pas seulement à la tunique érythroïde par sa queue; il lui adhère encore en arrière par son dos: celui-ci s'accote aux faisceaux crémastériens postérieurs avec lesquels il semble faire corps. C'est cet espèce de médiastin postérieur qui empêche le stylet de circuler librement tout autour du gubernaculum dans la poche érythroïde et c'est sur lui que la vaginale se replie de l'un sur l'autre.

Telle est la disposition du crémaster et du gubernaculum sur les fœtus des vaches et des brebis. Au résumé, le crémaster forme, chez eux, une véritable bourse éraillée qui est en continuité avec la ceinture musculaire abdominale; cette poche se développe avant le passage du testicule dans le canal inguinal. Dans son fond vient s'attacher le gubernaculum testis et c'est, à n'en pas douter, ce gubernaculum qui, en passant au travers des faisceaux du petit oblique et du transverse, les entraîne avec lui. L'épaisseur croissante de la queue de ce gubernaculum semble indiquer que c'est en se ratatinant et en se ramassant sur lui-même par en bas qu'il fait descendre le testicule. C'est aussi par cette rétraction progressive qu'il entraîne avec lui le péritoine qui lui adhère; ce péritoine forme d'abord, dans le canal inguinal, un petit cul-de-sac qui précède le testicule et qui bientôt plonge dans la poche crémastérienne. De sorte que le gubernaculum est en même temps l'agent de la migration du testicule et de la

(1) Ch. Debierre et J. Pravaz : *Loco citato*, p. 170.

formation de la vaginale, et que ce testicule, en descendant, plonge toujours, je ne dirai pas dans un sac péritonéal préformé, mais derrière un sac péritonéal préformé. Comme on peut le voir, la disposition du crémaster des fœtus de ruminants n'a rien de commun avec celle qu'a décrite Hunter; c'est donc du bélier adulte à testicule intra-abdominal qu'a voulu parler le savant anatomiste anglais; je dirai plus loin comment il faut interpréter le cas qu'il a observé.

Ainsi, à aucune période de la vie fœtale, on ne peut observer, chez les ovidés et les bovidés, que des faisceaux se détachent des muscles de l'abdomen et montent vers le testicule; voilà un premier point. De plus, le testicule est encore dans la cavité abdominale quand la tunique érythroïde est formée; voilà un second point. La conclusion s'impose : la formation de cette tunique érythroïde n'a donc rien à voir avec le prétendu retournement de fibres striées qui, parties de la ceinture abdominale, iraient, en remontant dans le ventre, former comme une enveloppe à la portion abdominale du gubernaculum. La genèse du crémaster, étant donné que sa dépendance du petit oblique ne peut être contestée, ne peut s'expliquer que de la façon suivante : le gubernaculum, en s'allongeant pour atteindre le fond des bourses ou peut-être en se rétractant une fois qu'il l'a atteint, de façon à assurer la migration testiculaire, emporte avec lui, dans la première hypothèse, ou tire à lui, dans la seconde, les faisceaux du petit oblique auxquels il adhère.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Van Helmont (1577-1644).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

« Tu ne seras pas médecin », disait la mère de Van Helmont à son fils. — C'est assurer sa non-exécution que d'imposer un ordre à un tempérament doué d'initiative. — « Je serai médecin », répliqua Van Helmont, et à vingt ans il avait lu une fois Hippocrate et deux fois Galien. Fils d'une famille illustre de Bruxelles, il céda son bien à sa sœur, manière de prouver qu'il enveloppait d'un dédain répété tout ce qui lui venait de sa famille : objurgations et fortune.

Révolté et pauvre, ces deux motifs d'activité soufflèrent à Van Helmont l'impulsion au travail. L'orgueil de réformer la médecine lui échut d'une mésaventure.

Les gants d'une jeune fille, — comment Van Helmont s'était-il procuré ces gants? la jeune fille les lui avait-elle glissés en gage d'amour? — ces gants d'une jeune fille, notre héros eut la fantaisie de les essayer. Faire pénétrer ses doigts où avaient passé les doigts de la jeune fille lui fut une sensation inoubliable; car la jeune fille avait la gale, le gant communiqua la gale à Van Helmont. Les médecins qu'il consulta accusèrent dans l'éruption un état salin du phlegme. Van Helmont fut purgé.

Il maigrit, non d'amour, mais d'épuisement. Qui pis est, la maladie ne s'améliorait pas; les démangeaisons persistantes tenaient la science officielle en échec. Van Helmont perdit patience : il envoya promener les maîtres, se saupoudra de fleur de soufre et guérit.

Pour porter l'âme au mysticisme, il n'est tel que l'insomnie. Un galeux dort mal. Van Helmont comprit que les lumières de l'homme sont faibles. Seule, la grâce divine permet d'entrevoir la vérité. Et, guéri de la gale, notre médecin pria Dieu.

Le ciel le récompensa de sa vertu par de beaux songes. C'est en rêve qu'il apprit que l'archée, c'est-à-dire l'âme sentante, a son siège dans l'estomac. Elle surveille la digestion par l'action qu'elle exerce sur le pylore. Les contractions du pylore provoquent la sécrétion du suc acide qui dissout les aliments. Autant dire : dyspepsie nervo-motrice, Van Helmont ayant pressenti que le chimisme gastrique n'est parfois qu'une conséquence. La contraction des parois stomacales, voilà le fait primordial. Cette contraction, elle-même, dépend de l'archée, influx nerveux pour nos contemporains.

Survienne une cause de dépression mentale, l'archée est en défaut. L'estomac ne digère plus. De là, langueur, dépérissement. « Il y a de certaines tristesses qui rongent la vie comme un ver », écrit notre auteur.

Remarque-t-on l'analogie qui rapproche ce système de physiologie de la conception que deux cents ans plus tard, non plus un médecin, mais un romancier, se figurait des rapports du moral et du physique? Les héros de Balzac se dessèchent ou se boursouflent aux caprices de leur baromètre moral. Au « beau fixe », dans un milieu harmonié au tempérament, c'est l'épanouissement floride des chairs. Au degré « pluie et tempête », c'est l'effondrement de l'individu aux prises avec un milieu qui répugne à ses instincts. Gras, l'homme qui digère; maigre, l'homme qui ne digère plus. La maigreur provient d'une maladie morale, dit Balzac; d'une maladie de l'archée, précise Van Helmont.

Il serait malséant d'insister sur ce que notre auteur appelle le duumvirat établi entre l'estomac et la rate. Des six digestions vitales, nous ne retiendrons que les deux premières : celles qu'opèrent les sucs de l'estomac et de la bile, car la bile n'est pas un excrément, comme on pense; c'est une humeur nécessaire à la vie : elle neutralise l'acide que la première digestion chasse de l'estomac et elle prépare la troisième digestion qui a son siège dans les vaisseaux du mésentère.

Si essentielle est la première digestion que ses erreurs retentissent dans tout l'organisme. Au lieu de stimuler les parois stomacales, que l'archée envoie son principe vital, un ferment, au cerveau, c'est l'apparition de l'épilepsie ou de l'aliénation mentale. Egaré dans le poumon, ce ferment de l'archée fait de la péripneumonie; dans les reins il provoque l'hydropisie. La goutte est la réponse au ferment installé dans les jointures; les flux et catarrhes par exsudation séreuse accusent l'établissement de l'archée dans les muqueuses.

Très redoutable, cette archée, dans les fantaisies de ses pérégrinations. Elle place, à la vérité, l'homme dans le royaume des esprits; mais qu'il est payé cher cet honneur par la multiplicité des maladies auxquelles il expose.

II

« Comme tout péché peut être entièrement pardonné, toute maladie se peut guérir parfaitement. » Telle est la profession de foi thérapeutique de Van Helmont. Et rien de plus simple que l'indication à remplir. « Les maladies, les vices et les vertus sont communiqués du siège de l'âme à toutes les parties du corps et tout ce qui insulte l'âme doit être chassé par un seul remède. » Ce remède, Van Helmont le connaît et il s'en vante. Il charge l'archée d'en présider la distribution aux lieux nécessaires; l'archée obéit à condition que le commandement soit formulé de la manière qui lui agrée. Il s'agit de trouver les paroles requises.

Au « Sésame ouvre-toi », du conte arabe, correspond l'ordre diversement spécifié : « Remède, fais ton devoir. »

La suggestion est vieille comme le monde, Van Helmont l'appliquait à faire jaillir la vertu du remède. Aussi bien, que de choix dans ceux-ci !

Les mercuriaux, en particulier le muriate simple, les antimoniaux (soufre doré, antimoine diaphorétique), le soufre, quelles sources de guérisons à qui sait y puiser !

Rien d'agréable comme l'opium et le vin à l'archée qui délire dans les fièvres. Ces remèdes calment, tout en conservant les forces et c'est le résultat à obtenir. Pour combattre l'affaiblissement du malade, des médecins ont songé aux clystères alimentaires. Quoi de plus ridicule que cette méthode ? D'abord, le clystère est un remède honteux, naturellement ennemi de l'intestin. Et puis, peut-on prétendre nourrir les malades par des consommés ou bouillons de viande seringués par en bas ? On sait très bien que ces bouillons ne sont pas transformables en aliments puisqu'ils n'ont pas été exposés aux propriétés fermentales de la première digestion.

Bien que les purgatifs et la saignée soient « les deux maîtresses colonnes de la médecine », il est peu indiqué d'en user dans les fièvres. La saignée est inutile ou d'un secours frauduleux, le purgatif déprime le patient. Or, l'archée a besoin de vigueur pour maintenir la vie. Tout au plus un purgatif très doux est-il autorisé quand les premières voies digestives sont « remplies de saburres ».

A signaler les opinions de Van Helmont sur les calculs urinaires. Ceux-ci sont non pas la maladie, mais une conséquence de la maladie.

L'urine claire et transparente, exposée au froid, se décharge de son sable et « affiche des croûtes » au fond du vase, ce qui ne se produit pas si on expose cette urine au feu. Le sable qui se dépose quand cette urine se refroidit est le même qui fait les calculs urinaires. Une trop grande quantité de ce sable constitue la maladie des calculs.

Le traitement découle de ces données : il faut ou fragmenter le calcul déjà formé ou hâter l'élimination du sable qui risque de se déposer en calcul.

Les contemporains de Van Helmont ne s'attachaient qu'à cette seconde indication : encore n'ordonnaient-ils, pour y faire droit, que des boissons émollientes. Notre grand homme prône les diurétiques (nouvelle bière, térébenthine, safran) : noyer le sable dans une grande quantité de liquide est la meilleure manière d'expulser le calcul en formation.

Si le calcul est trop dense pour se liquéfier, on devra le dissoudre. C'est impossible, proclamaient les contemporains de Van Helmont. Il leur semblait chimérique de songer à détruire un calcul : le remède ordonné rongerait préalablement l'estomac; c'était sur cet argument que reposait leur scepticisme auquel Van Helmont ripostait en préconisant un remède de Paracelse : une sorte de pierre trouvée au bord d'une rivière, le ludus. Il fallait réduire cela en sel volatil et oléagineux et y adjoindre de la bière où on avait fait bouillir de la semence de daucus. Déjà Galien nous avait appris que le daucus, qui est une ombellifère voisine du fenouil, tenait le premier rang des médicaments propres à la diurèse.

III

Certes les affirmations — si risquées fussent-elles — ne coûtaient guère à Van Helmont, et on comprend qu'il ait été traité de charlatan. Encore faudrait-il s'entendre sur ce terme de charlatan, lancé si communément à la face des esprits supérieurs. Ils ont des convictions ardentes ; qu'elles soient tapageuses, quoi de plus naturel ? La réaction aux sensations dépend de leur intensité : plus une sensation est vive, plus tumultueuse sa force de projection, sous forme d'acte ou de pensée. De là cette ressemblance entre l'éloquence de l'apôtre et celle du boniment forain : regards de flamme, gestes exubérants, discours par images, et tant une conviction assurée entraîne de confiance en soi, parfois vantardises et fanfaronnades chez les illuminés comme chez les marchands d'orviétan. Un rien seulement les sépare : la sincérité, et ce rien est aisément franchi. De simuler une impression à la ressentir réellement, la distance n'est pas grande. Le charlatan finit par avoir foi dans ses discours.

On prétend qu'Aristote fit le métier de charlatan avant de devenir le disciple de Platon et de régner pendant vingt siècles en maître non discuté.

Van Helmont s'annonçait comme une sorte de Messie chargé d'ouvrir à la science un monde nouveau. On se moquait de ses prétentions : n'empêche qu'il les justifiait en nombre de découvertes de haute envolée.

Les mystères de la chimie s'éclairaient aux larges bandes de lumière qu'y projetait son génie. Le premier, il reconnut que l'esprit sylvestre (acide carbonique) provenait de la combustion du charbon, éteignait les corps en ignition et était irrespirable. « La flamme est un gaz qui brûle », la définition est de Van Helmont. Ce sont les émissions de gaz qui provoquent les explosions des laboratoires et de la poudre à canon. Ces combinaisons d'éléments gazeux s'opèrent suivant des lois inconnues : notre chimiste est convaincu que la balance et le calcul déchiffreront l'énigme.

L'intelligence de Van Helmont est proche parente de celle de Paracelse. Tous deux sont les fondateurs de la chimie moderne et ont pressenti l'importance en thérapeutique du principe minéral actif qu'ils ont cherché à isoler. Leur œuvre est inégale, superbe et mauvaise, d'un mysticisme que teintent les premières couches d'une science à son aube.

Plus rangé que Paracelse, Van Helmont se livrait aussi à des écarts imaginatifs moins monstrueux. Il avait épousé une demoiselle riche, noble et vertueuse qu'il avait amenée à son laboratoire de Vilvorde. Les yeux bleus de l'aimée l'incitaient au travail. A la femme, Paracelse préférait la bouteille.

Si l'une et l'autre détournent à l'occasion de la tâche imposée, au moins revient-on à la besogne, un peu las parfois de la distraction prise, mais quand même plus lucide au cas où la distraction ne s'est égarée que vers la femme. De n'avoir estimé que la bouteille a fait sans doute une des caractéristiques de Paracelse. D'être resté sobre a valu plus de jugement à Van Helmont.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Bactériologie du liquide herniaire.

A. Brentano *(Deut. Zeitschrift für Chir.*, 1896, vol. XIII) a eu l'idée d'examiner bactériologiquement le liquide herniaire de trente et une hernies étranglées. Vingt et une fois il y trouva des bactéries. Parmi celles-ci, ce sont des microcoques qui tiennent la première place. En second lieu, ce sont des microcoques associés à des coli-bacilles, ou bien ce sont des coli-bacilles purs. Une fois, enfin, l'auteur a trouvé de l'oïdium, une fois de la sarcine. Faisons remarquer que les coli-bacilles ont été trouvés dans les cas où il y avait gangrène de l'intestin, ou du moins

dans ceux où cet organe était gravement compromis. Quant aux inoculations, les résultats ont pour la plupart été négatifs.

Le passage des microorganismes dans le sac herniaire se fait sous plusieurs influences. Les différents facteurs sont la forte constriction du sac par l'anneau, la longueur de l'anse étranglée, tout ce qui affaiblit la vitalité de cette dernière. Il est, d'ailleurs, bon d'ajouter que la présence des microorganismes dans le liquide dépend aussi du temps écoulé depuis l'étranglement. D'après Brentano, après vingt-quatre heures, le liquide renferme toujours des bactéries.

A l'étude de la nature des microbes trouvés dans le liquide, et à celle des conditions dans lesquelles se fait l'infection de ce liquide, l'auteur ajoute celle du genre de hernies qui se prêtent le plus à cette infection. Sans pouvoir affirmer que la hernie de telle partie de l'intestin grêle ou du gros intestin soit plus qu'une autre prédisposée à l'infection en cas d'étranglement, Brentano peut, au contraire, affirmer que l'infection du liquide herniaire est plus fréquente dans les hernies crurales que dans les hernies inguinales. C'est ainsi que sur les vingt et un cas de hernies étranglées dont il a trouvé le liquide infecté, l'auteur nous apprend qu'il s'agissait dix-huit fois de hernies crurales, trois fois seulement de hernies inguinales. Au contraire, dix fois il a trouvé le liquide herniaire dépourvu de tout microorganisme; dans ce dernier cas, il y avait huit hernies inguinales et deux hernies crurales.

Cultive-t-on le liquide herniaire, on voit qu'on n'y parvient que difficilement. N'a-t-on, d'ailleurs, pas déjà dit que le liquide herniaire était doué de propriétés bactéricides, d'où affaiblissement de la virulence des microbes qui y sont contenus?

Brentano formule ainsi les conclusions de ce travail, dont le sujet, comme on le voit, est du plus haut intérêt et mérite qu'on s'y arrête.

Le liquide des hernies étranglées chez l'homme renferme des bactéries, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit en général.

Les bactéries qu'on trouve dans ce liquide sont souvent en petit nombre et à l'état de virulence atténuée, probablement grâce aux propriétés bactéricides du liquide herniaire.

La présence des bactéries dans le liquide paraît dépendre de toutes les causes qui affaiblissent la vitalité des parties étranglées, et les microorganismes passent d'autant plus facilement que les lésions de la paroi intestinale sont plus avancées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet. — Présidence de M. Monod.

De la cholédochotomie.

M. Monod. — J'ai pratiqué une laparotomie chez un malade de M. Hanot, pour lequel notre collègue avait porté le diagnostic d'obstruction du canal cholédoque par calcul. Je trouvai une vésicule extrêmement dilatée, et, d'autre part, l'exploration du canal cholédoque ne me permit pas d'y sentir le moindre calcul. Je me contentai d'aboucher la vésicule biliaire dans l'estomac au moyen d'un bouton de Murphy. Mon malade a succombé au troisième jour, sans qu'on ait rien trouvé à l'autopsie qui expliquât la mort, mais on a pu constater l'existence d'un cancer étendu du pancréas.

J'ai voulu citer ce fait parce que j'attribue une certaine gravité aux interventions de ce genre, même lorsqu'il s'agit seulement d'une laparotomie exploratrice.

M. Quénu. — J'ai soutenu la bénignité de l'incision exploratrice dans les faits de cet ordre, mais seulement pour les cas dans lesquels la laparotomie n'est pas suivie d'une intervention telle que l'abouchement de la vésicule dans l'estomac.

M. Michaux. — Dans la discussion qui vient d'avoir lieu sur la chirurgie du canal cholédoque, le seul point sur lequel nous ne sommes pas d'accord réside dans le choix de l'incision. MM. Quénu et Ricard préfèrent la laparotomie médiane et apportent, à l'appui de leur préférence, un certain nombre d'arguments, basés notamment sur ce qu'on évite ainsi l'hémorrhagie pariétale et que l'exploration du canal cholédoque est beaucoup plus facile.

Je persiste à trouver la voie latérale plus avantageuse que l'incision médiane. En effet, pour ce qui est de l'hémorrhagie pariétale, sans nier l'influence que peut avoir la vascularité plus grande de la paroi au niveau du bord externe du muscle droit ni les conditions prédisposant à l'hémorrhagie qui résultent de la lésion hépatique, je n'ai jamais rien observé qui ait pu amener une complication appréciable dans l'acte opératoire, et je ne vois nullement qu'il y ait là une raison suffisante pour rejeter la laparotomie latérale.

En revanche, j'inscris à l'actif de la voie latérale pour la chirurgie du canal cholédoque ce fait que, deux fois sur trois environ, les calculs du canal cholédoque coïncident avec des calculs de la vésicule biliaire, de sorte que l'on est conduit, le plus souvent, à intervenir en même temps sur le canal cholédoque et sur la vésicule biliaire, pour laquelle l'incision latérale est indiscutablement la voie d'élection.

Il y a quinze jours à peine, j'ai été encore à même de m'assurer de la facilité avec laquelle on peut, d'ailleurs, explorer par cette voie le canal cholédoque. N'ayant rien senti du côté de la vésicule biliaire, je fis sans peine l'exploration du canal cholédoque et je pus très nettement percevoir que le canal se perdait dans une masse ganglionnaire, au niveau du commencement de sa portion rétro-duodénale.

Bouton anastomotique et tire-bouton pour gastro-entérostomie.

M. Chaput. — Vous m'avez chargé de vous présenter un rapport au sujet d'une communication de M. Hagopoff sur une nouvelle méthode d'anastomose intestinale à l'aide d'un bouton métallique, que l'on peut retirer par l'œsophage, au moyen d'un tire-bouton, dans le cas de gastro-entérostomie.

Le bouton dont il s'agit a la forme d'une bague dont la surface extérieure présente en son milieu une gouttière circulaire large, mais peu profonde. Pour l'appliquer, on en introduit une partie dans l'ouverture de l'intestin, par exemple, et à l'aide d'une ligature en masse, on fixe celui-ci sur la gorge médiane; on répète ensuite la même manœuvre sur l'orifice stomacal. On excise aux ciseaux les tissus exubérants qui dépassent la ligature, puis on exécute un étage de sutures séro-séreuses tout autour du bouton. L'application se fait exactement de la même façon lorsqu'il s'agit de faire sur l'intestin une suture circulaire.

Pour la gastro-entérostomie, M. Hagopoff a fait construire un tire-bouton destiné à extraire le bouton par la bouche.

Cet instrument est constitué par une tige creuse terminée par une olive également creuse. La tige et l'olive sont traversées par un long fil d'argent terminé par une anse que l'on peut, grâce à un mécanisme simple, faire saillir ou rentrer au niveau de l'extrémité olivaire de la sonde.

Avec cet instrument, on peut, au moment de la gastro-entérostomie, faire sortir par la bouche un fil fixé au bouton; quelques jours après l'opération, lorsque le bouton est devenu libre, on introduit de nouveau le tire-bouton guidé par le fil jusqu'au contact du bouton, et on retire alors ensemble le tire-bouton, le fil et le bouton lui-même.

Le principe du bouton de M. Hagopoff n'est pas absolument nouveau. Sachs, en 1890, en a imaginé un semblable; j'ai moi-même fait un bouton analogue.

M. Hagopoff n'apporte pas de faits expérimentaux suffisants à l'appui de sa méthode. Il a appliqué son bouton sur le cadavre, mais ne l'a jamais employé sur le vivant, et l'on peut se demander si cet emploi serait sans inconvénients, attendu que la ligature en masse amène la formation d'un bourrelet destiné au sphacèle, qui gêne la réunion par une action à la fois mécanique et septique, et que, d'autre part, la réunion n'est assurée que par un seul étage séro-séreux insuffisant pour donner une sécurité absolue.

Le tire-bouton est ingénieusement construit et remplit bien son rôle, mais je ne crois pas que son emploi soit bien indispensable ni tont à fait inoffensif. Il est, en effet, démontré que le séjour des boutons dans l'estomac est à peu près sans inconvénients; en outre, le bouton de M. Hagopoff est trop petit pour s'arrêter dans l'intestin et y provoquer des accidents. Quant à l'introduction du tire-bouton dans l'estomac pendant la gastro-entérostomie, je crois qu'elle peut être dangereuse, car j'ai constaté à plusieurs reprises que le cathétérisme de l'œsophage, sous le sommeil anesthésique, provoque des vomissements qui pourraient alors faire passer des matières alimentaires dans le péritoine.

M. Quénu. — J'ai essayé moi-même de retirer le bouton de Murphy par les voies naturelles, et c'est au laboratoire de l'amphithéâtre des hôpitaux que M. Hagopoff a pris l'idée de sa méthode. En attachant au bouton un fil ramené dans la bouche à l'aide d'une sonde œsophagienne, j'espérais pouvoir retirer le bouton au moyen de ce fil, quelques jours après l'opération. Malheureusement il me fut toujours impossible, sur le cadavre, d'extraire ainsi le bouton, qui butait contre le cardia. C'est pour cela que M. Hagopoff a construit son conducteur à olive qui ouvre la voie au bouton.

De l'emploi combiné des greffes italiennes et des greffes de Thiersch.

M. Reclus. — Je vous présente, de concert avec M. Berger, quatre malades chez lesquels nous avons réparé d'énormes pertes de substance consécutives à des brûlures, en combinant l'emploi des greffes italiennes et celui des greffes de Thiersch, et je saisis cette occasion pour insister sur l'importance des services que l'on peut attendre de l'union des deux méthodes. Chez ces malades, les pertes de substance étaient tellement considérables qu'il aurait été impossible de les réparer soit par la méthode italienne seule, soit par la méthode de Thiersch. En effet, avec la greffe italienne employée exclusivement, il aurait fallu prendre une surface de peau beaucoup trop étendue; quant à la greffe de Thiersch, on sait qu'elle donne une cicatrice précaire lorsqu'on lui fait recouvrir un trop grand espace. En combinant les deux méthodes, on fournit en quelque sorte aux greffes de Thiersch, au moyen de la greffe italienne, des contreforts nutritifs qui donnent aux parties comblées par la méthode de Thiersch cette apparence tout à fait satisfaisante que vous constatez chez nos malades.

M. Berger. — Je pense, comme M. Reclus, que, pour les très grandes pertes de substance, il ne faut pas employer les greffes de Thiersch seules. Celles-ci n'en rendent pas moins de grands services, et dans bien des cas elles permettent d'éviter au patient les ennuis de la méthode italienne. Lorsqu'il s'agit d'une plaie opératoire, il suffit de laisser granuler le fond de la perte de substance, puis, lorsqu'on juge le moment opportun, on curette les bourgeons charnus et on applique les greffes de Thiersch.

M. Reclus. — Je crois qu'il n'est pas utile de laisser granuler la plaie et qu'on peut appliquer immédiatement le lambeau cutané, sous lequel le sang s'arrête instantanément, pourvu qu'il n'y ait pas de vaisseau important.

M. Michaux. — Au lieu de curetter les bourgeons charnus, il est préférable de les abraser au bistouri ou au rasoir.

Salpingectomie double chez une malade guérie d'une ancienne péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie.

M. Nélaton montre une malade que M. Terrillon avait déjà présentée à la Société en 1890, après lui avoir fait une laparotomie pour péritonite tuberculeuse. La malade, après quatre ans de santé parfaite, a été reprise, il y a deux ans, d'accidents douloureux, et M. Nélaton ayant constaté l'existence de trompes kystiques énormes, a pratiqué, au moyen d'une nouvelle laparotomie, l'extirpation de ces trompes dont les lésions étaient nettement tuberculeuses, attendu qu'on y a décelé le bacille de Koch. L'orateur pense que si l'on avait, lors de la première intervention, examiné l'état des annexes, on aurait peut-être été conduit à les enlever immédiatement et à supprimer ainsi le point de départ de la péritonite.

M. Faure lit une observation de pied bot valgus par contracture des péroniers latéraux, traité par l'allongement des tendons de ces muscles.

M. Potherat montre une tumeur fibro-myxomateuse, qu'il a enlevée chez une petite fille de dix ans et qui, insérée sur la face postérieure du voile du palais, remplissait complètement l'arrière-cavité des fosses nasales.

M. Robert (médecin militaire) présente deux malades chez lesquels, après avoir fait une suture de l'olécrâne pour l'un et une suture de la rotule pour l'autre, il a pu suivre les progrès de la réparation au moyen de photographies obtenues par la méthode de Rœntgen.

Séance du 8 juillet.

De la cholédochotomie.

M. Terrier. — Je voudrais faire quelques remarques au sujet de l'observation de cholécysto-gastrostomie que nous a communiquée M. Monod au cours de la dernière séance.

J'ai opéré un malade atteint d'ictère chronique consécutif à un cancer du pancréas, et comme il était difficile d'amener à la peau la vésicule biliaire, j'ai anastomosé cette dernière à l'estomac. Puis, le malade est allé à Vincennes. Je l'ai revu, quelques mois après, dans mon service où il était venu se reposer. C'est son observation que j'ai publiée dans le n° 3 de la *Revue de Chirurgie*. Ce malade a de nouveau quitté mon service et il est finalement allé mourir dans le service de M. Landrieux, à Lariboisière, le 3 juillet dernier, six mois après l'opération que je lui avais faite. Son autopsie a été faite par M. Rousseau, externe du service de M. Landrieux, que je remercie des notes suivantes qu'il m'a envoyées. Il y avait un cancer du pancréas faisant une seule masse avec la deuxième portion du duodénum. Le péritoine était pris, le mésentère aussi; il y avait, enfin, dans le foie, des abcès miliaires dont le plus volumineux égalait un œuf de poule. La vésicule biliaire était accolée à la première portion du duodénum. Du côté de l'estomac, l'orifice que j'avais créé était normal. On voyait le cholédoque oblitéré uniquement à sa portion terminale.

Au résumé, ce malade avait succombé évidemment à une évolution lente de son cancer. Je signale qu'il avait présenté, comme accidents terminaux, des abcès multiples du foie. Il est probable qu'il s'était développé là une angiocholite septique. Je regrette que l'examen bactériologique de la bile n'ait pas été fait.

Le cas de M. Monod serait donc la troisième observation de cholécysto-gastrostomie qui ait été présentée ici. Je rappelle, enfin, que si nous ne possédons pas encore de notions nettes sur le rôle que joue la bile dans la digestion gastrique, il est cependant intéressant de constater que mon malade n'a jamais eu de troubles de la digestion ni de vomissements bilieux, comme on aurait pu s'y attendre tout d'abord.

De l'emploi combiné des greffes italiennes et des greffes de Thiersch.

M. Kirmisson. — Dans la dernière séance, M. Michaux a proposé de faire l'abrasion des bourgeons charnus sur lesquels nous appliquons le lambeau de greffe de Thiersch avec un rasoir. Or, je tiens à dire que, pour ma part, je considère comme seule importante, dans cette sorte de greffe, la destruction, mais la destruction totale, des bourgeons charnus afin d'adapter l'une à l'autre deux surfaces cruentées, et je déclare que peu m'importe la façon dont on obtient cette abrasion de la plaie.

M. Reclus. — Je suis absolument de l'avis de M. Kirmisson et j'ignorais même complètement le procédé du rasoir, avant que M. Michaux nous en eût parlé. Pour ma part, j'ai toujours usé de la curette pour détruire les bourgeons charnus et je m'en suis parfaitement trouvé. Il s'agit donc, au total, d'abraser complètement les bourgeons charnus; mais peu importe la façon dont on les abrase.

M. Monod. — Je ne veux pas revenir sur l'importance de l'abrasion, mais je veux faire constater que mes collègues en sont arrivés aujourd'hui à ma pratique, et que leurs greffes ne se résorbent point, contrairement à ce qu'ils m'avaient annoncé autrefois, lors de mes premières présentations sur ce sujet.

M. Schwartz. — Il y a six ans, j'ai eu l'occasion de combiner, pour une large brûlure de la région antérieure du genou, de la face interne de la cuisse et de la jambe, la greffe de Thiersch avec la greffe française par glissement. J'ai donc, après avoir enlevé le tissu de cicatrice qui recouvrait les régions brûlées, transplanté sur le genou un large lambeau que j'avais détaché de la partie de la jambe saine. Et, à la place du lambeau détaché, j'ai fait un semis de greffe de Thiersch. J'ai revu le malade quatre mois plus tard dans un parfait état. Sa jambe, auparavant immobilisée dans une position vicieuse, pouvait reprendre ses mouvements.

Mes collègues ont dit que, dans les cas de grande perte de substance, il était difficile de recouvrir complètement les surfaces détruites. Il y a, en effet, des cas qui sont au-dessus de la greffe de Thiersch; mais n'est-il pas possible alors de combiner plusieurs procédés ?

Cependant j'ai pu, dans une brûlure étendue de la main et du poignet, chez une femme que je vous présenterai tout à l'heure, remettre, par les seules greffes de Thiersch, les choses en leur état normal, et ma malade peut, aujourd'hui, faire mouvoir parfaitement sa main.

Je dois dire, cependant, que ces greffes dermo-épidermiques ont besoin d'être très rapprochées les unes des autres afin d'éviter la production de tissu de cicatrice dans les intervalles.

M. Michaux. — J'ai parlé de l'abrasion des bourgeons charnus avec un rasoir après avoir vu employer ce procédé par les chirurgiens allemands et, après en avoir retiré moi-même d'excellents résultats. J'ai vu aussi abraser de la même façon et j'ai abrasé moi-même les bords des ulcères que l'on voulait greffer. Enfin, autre précaution que je conseille de prendre : il ne faut pas appliquer immédiatement la greffe sur la surface cruentée, mais étancher celle-ci quelques instants avec des lanières de gaze iodoformée.

M. Reclus. — Pour ma part, dans les cas de grande perte de substance, surtout quand il s'agit de membres inférieurs, j'ai toujours vu les greffes de Thiersch être insuffisantes. La malade de M. Schwartz n'est pas démonstrative du contraire.

De la cholécysto-entérostomie.

M. Broca. — M. Delbet nous a récemment lu l'observation d'une malade qu'il avait opérée d'une cholécysto-entérostomie pour ictère. Cette malade avait eu sa première crise de colique hépatique le 26 février 1896. Mais elle allait s'affaiblissant vite, elle avait des vomissements continus, et M. Gingeot, qui avait vu le premier cette malade, fut d'avis, comme M. Delbet lui-même, d'intervenir au plus tôt.

Je tiens à relever ici la rapidité avec laquelle l'opération a été faite, ainsi que le succès complet qui a suivi. Evidemment, je ne veux pas dire qu'il doive toujours en être ainsi, mais je conviens que la malade de M. Delbet était dans des conditions vraiment particulières, et je dis que, le cas échéant, il est bon d'agir vite comme l'a fait M. Delbet.

Cette malade de M. Delbet me rappelle une de mes opérées, atteinte de fièvre hépatique, et à laquelle j'ai fait une fistule biliaire. Evidemment, cette malade était dans des conditions toutes différentes.

Il y a cependant un point de l'observation de M. Delbet sur lequel les renseignements nous manquent. Y a-t-il eu chez sa malade des accidents d'infection ascendante des voies biliaires ? Cette infection aura-t-elle lieu ? Il est vrai que M. Delbet a promis, toutefois, de nous donner des renseignements sur ce sujet.

M. Terrier. — Les deux observations ne sont pas comparables. D'une part, M. Delbet aurait pensé à une néoplasie, chez son opérée. Or, dans les néoplasies, il n'y a point d'infection des voies biliaires. Quant à M. Broca, il eût été intéressant, pour nous, de connaître l'état de la bile de sa malade, avant qu'il l'eût opérée. Car je maintiens, et c'est là un fait aujourd'hui certain, que tant que la bile coule, il n'y a pas d'infection.

C'est d'ailleurs pour cela qu'il ne faut plus chercher à tarir les fistules biliaires, par lesquelles la bile sort à flot, mais qu'il faut conserver l'écoulement de la bile dans un canal quelconque, en anostomosant la vésicule avec l'estomac ou l'intestin.

Il serait donc utile, toutes les fois que l'on ouvre les voies biliaires, de connaître auparavant l'état bactériologique de la bile.

M. Routier cite l'exemple d'une malade à laquelle il avait d'abord dû créer une fistule biliaire pour une vésicule contenant un liquide septique. Depuis il a abouché la vésicule au côlon transverse et guéri la fistule ; jusqu'ici il n'y a pas eu d'infection.

M. Quénu. — Puisque M. Broca élargit son rapport en rappelant un cas qui lui est personnel, je vais en citer deux qui me concernent et dans lesquels j'ai fait une fois la cholécystogastrostomie avec le bouton de Murphy. Mon malade est mort parce que je l'avais opéré trop tard sans qu'il y eût de ma faute. La seconde fois, j'ai ressuscité un malade en lui créant une fistule biliaire hâtive. Sa bile était claire et contenait du bacterium coli. Je ne sais encore ce que deviendra mon malade, mais je me propose de suivre bientôt les préceptes de M. Terrier et de pratiquer, chez ce malade, la cholécysto-entérostomie.

M. Terrier. — D'une façon générale, je le répète, quand une vésicule est facile à trouver, quand elle est dilatée, sans adhérence, quand la bile est aseptique, il y a beaucoup de chances pour que l'on ait affaire à une néoformation. C'est là, en somme, la répétition et l'extension du signe de Courvoisier. J'insiste, de plus, sur ce fait qu'il ne faut pas, devant des menaces d'infection, empêcher l'écoulement de la bile. C'est s'exposer, en effet, à voir de l'angiocholite se produire.

M. Michaux cite un cas d'infection bien spécial des voies biliaires. Il a opéré une malade par laparotomie latérale pour lithiase biliaire dûment constatée. Il a fait, en même temps, une laparotomie médiane pour une tumeur saillante qui était un kyste hydatique suppuré. Or, il y avait, dans la vésicule biliaire, du liquide purulent avec du pneumocoque pur, et, dans le foie, deux petits abcès également dus au pneumocoque.

Or, ici, il ne s'est jamais produit d'écoulement biliaire par la fistule latérale, contrairement aux faits de MM. Terrier et Quénu. Mais la bile a coulé par la poche médiane. La fistule latérale, elle, s'est cicatrisée rapidement et toute seule.

Extirpation du ganglion de Gasser.

M. Poirier rappelle les tentatives qui ont déjà été faites par Horsley, Krause, Doyen pour extirper le ganglion de Gasser. Le procédé que M. Poirier propose aujourd'hui, après l'avoir expé-

rimenté une fois sur le vivant et vingt-cinq fois sur le cadavre, n'a d'original que les deux derniers temps qui consistent dans la dénudation du ganglion et son mode d'arrachement.

En effet, M. Poirier commence par l'incision de Salzer, puis il continue par la résection du zygoma qu'on abaisse ensuite avec le masséter. On terminera par la section du coroné et le relèvement du temporal pour tomber enfin dans la fosse temporale et la fosse ptérygoïdienne. On a alors devant soi le tronc du maxillaire inférieur, on sectionne la base du crâne au pourtour du trou ovale, plutôt en baut qu'en bas. On relève le lobe temporo-sphénoïdal, on dénude la face supérieure du ganglion, puis sa face inférieure. Avec un ténotome courbe, on va couper le tronc du maxillaire inférieur et le tronc du maxillaire supérieur. On ne touche pas à la branche ophtalmique de Willis, c'est difficile et dangereux. On arrache enfin le ganglion qui vient en grande partie, sinon en totalité, et l'on arrache aussi l'insertion protubérantielle du trijumeau.

M. Quénu. — Je m'étonne que M. Poirier n'ait pas cité le procédé que j'ai donné, il y a deux ans, pour la résection du maxillaire inférieur, procédé que M. Farabeuf a inséré dans son livre de médecine opératoire et qui a déjà donné des succès entre mes mains et entre les mains de deux de nos collègues. Mon procédé a de plus l'avantage de sectionner plus complètement le tronc du maxillaire inférieur et d'éviter les récidives. Je n'en veux pour preuve que le cas de ce malade chez lequel j'ai dû faire la section intra-crânienne du maxillaire inférieur après m'être contenté d'une section extra-crânienne qui avait été sans résultats.

M. Chaput n'a fait que des recherches sur le cadavre et il pense que l'extirpation du ganglion de Gasser est difficile et dangereuse à cause des adhérences du ganglion et du voisinage du sinus caverneux avec les nerfs importants qui sont contenus dans sa paroi externe.

M. Terrier ne veut pas proscrire l'opération, mais il la considère comme difficile et incomplète; il pense qu'on fait plutôt une résection du ganglion de Gasser qu'une véritable extirpation.

M. Poirier répond à M. Quénu qu'il connaissait son travail mais qu'il ne l'a pas signalé parce qu'il ne voulait parler que des procédés opératoires s'adressant à l'extirpation du ganglion de Gasser et non à la résection du maxillaire inférieur.

Présentation de malades.

M. Quénu présente un malade auquel il a fait une gastrostomie en un seul temps pour spasme de l'œsophage. Aujourd'hui le malade mange par la bouche.

M. Nélaton présente une malade chez laquelle il a fait une erreur de diagnostic. Il a diagnostiqué péritonite aiguë et ouvert le ventre alors qu'il ne s'agissait, pense-t-il, que d'une ascite purulente, avec des annexes suppurés qui aurait très probablement guéri sans laparotomie. M. Nélaton a fait plus tard l'hystérectomie vaginale et la malade aujourd'hui est totalement guérie.

Jean Petit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Dieulafoy vient confirmer avec deux observations la découverte récente faite par M. Widal, (V. *Gazette Médicale* du 4 juillet 1896.) Il s'agit de deux malades atteintes de fièvre typhoïde, l'une au septième jour, l'autre au douzième jour de la maladie. Le sérum de ces deux malades, mis en présence de cultures pures de bacilles d'Eberth, a provoqué l'immobilisation et l'agglutinement des bacilles.

M. Dieulafoy a fait la contre-expérience et chez différents sujets sains ou non atteints de dothiénentérie il a pris du sérum sanguin qui n'a pas provoqué le tassement des bacilles d'Eberth en culture. Voilà donc, conclut l'orateur, un excellent moyen de diagnostiquer la fièvre typhoïde au début, dans les cas douteux et qui demande uniquement que l'on ait à sa disposition une culture pure du bacille de la dothiénentérie.

Traitement de la hernie inguinale par les injections de chlorure de zinc.

M. Lannelongue a tenté la cure radicale de la hernie inguinale par les injections profondes d'une solution de chlorure de zinc chez quatre malades qu'il présente à l'Académie.

Les injections ont été faites autour du canal inguinal avec une solution à 10 0/0.

Il y a actuellement dix-huit jours que ce traitement a été entrepris. L'effet produit a consisté immédiatement en un gonflement dur du scrotum et du canal inguinal.

Aujourd'hui on ne trouve pas le choc intestinal quand on met le doigt au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et que l'on fait tousser le malade. L'orateur pense que le canal déférent ne sera pas lésé par ce procédé de traitement, mais il pense aussi que l'on ne pourra être véritablement explicite à ce sujet et que l'on ne pourra constater l'effet réel de ces injections que dans un temps plus ou moins éloigné. Il se propose, enfin, de représenter plus tard ses petits malades à la Société.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet.

Nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle.

M. Comby. — J'ai présenté, dans la séance du 1er mai 1896, un cas de rash scarlatiniforme chez un garçon de 2 ans atteint de varicelle. Ce rash, survenu au moment de l'éruption, n'avait pas duré plus de 48 heures, mais avait déterminé une élévation considérable de la température. A l'occasion de cette présentation, le Dr Marciguey voulut bien signaler un cas analogue qu'il avait recueilli chez un nourrisson de 11 mois (*Journal des praticiens*, 8 mai 1896).

La nouvelle observation que je publie aujourd'hui est identique aux précédentes. Il s'agit d'un petit garçon de 4 ans entré le 11 juin 1896 au pavillon des douteux de l'hôpital Trousseau pour une éruption de varicelle au troisième jour. La fièvre était modérée (38°, 38°5), quoique le petit malade eût tous les jours des poussées vésiculeuses.

Le 16 juin, huitième jour de l'éruption, la température monte le soir à 40°, et l'on constate la présence d'un érythème scarlatiniforme qui occupe le tronc, les membres, et respecte la face. Ce rash dure seulement 48 heures et disparaît sans laisser de traces, sans être suivi de desquamation.

Pendant trois soirs de suite, la température a atteint ou dépassé 40°. En même temps que cette hyperthermie concomitante du rash, l'enfant a présenté de l'abattement, la langue rôtie, un état typhoïde.

Le lendemain de la disparition du rash, dixième jour de la maladie, nous avons trouvé pour la première fois de l'albumine dans les urines (25 centigrammes par litre). Cette albuminurie n'a duré que quatre jours. A peine avait-elle disparu que nous constations un engorgement ganglionnaire à l'angle gauche de la mâchoire. Ce bubon, non douloureux, a suppuré et a été ouvert le 27 juin.

Donc voilà un exemple de varicelle compliquée de rash tardif (huitième jour de l'éruption), d'albuminurie passagère et tardive, de bubon cervical suppuré. L'enfant n'en a pas moins guéri.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Rendu. — Je crois devoir communiquer à la Société une observation qui montre tout le parti qu'on peut tirer, au point de vue du diagnostic clinique de la fièvre typhoïde, de la réaction du sérum des malades sur les cultures du bacille d'Eberth.

Le 21 juin, on amenait, dans mon service, une jeune femme atteinte de symptômes qui ressemblaient étroitement à ceux d'une fièvre typhoïde. Il manquait cependant un symptôme important : la présence de taches rosées lenticulaires. La convalescence a commencé le 29 juin.

Or, dès le 28 juin, l'examen de la réaction de Pfeiffer et Koll nous avait appris que nous n'avions pas affaire à une fièvre typhoïde, mais à une maladie infectieuse de nature différente, n'ayant pas la spécificité de la dothiénentérie.

Grâce à l'obligeance de mon collègue M. Widal, qui m'a fourni plusieurs tubes de bouillon ensemencé soit avec du bacille d'Eberth, soit avec du coli-bacille, j'ai pu, aidé du concours de M. de Massary, mon ancien interne, et de M. Funck-Brentano, mon interne actuel, refaire l'expérience de Pfeiffer, et contrôler l'action du sérum sanguin sur les cultures.

Le sang a été pris directement dans la veine de la malade, puis nous avons procédé suivant les règles établies par M. Widal dans la dernière séance.

La réaction si nette du sérum typhique sur la culture du bacille d'Eberth ne s'est pas produite. Nous en concluons donc que la malade qui a fourni le sérum n'est pas atteinte de fièvre typhoïde.

Des expériences analogues furent faites avec la culture de colibacille et on ne constata aucun changement dans la forme, dans la mobilité, dans la disposition des microbes, ni aucune modification dans l'aspect des cultures.

Les mêmes expériences de contrôle ont été répétées sur un autre malade atteint d'entérite aiguë, qui, manifestement, n'avait rien à voir avec la fièvre typhoïde; aucun changement ne se produisit, ni dans les cultures, ni dans la forme des bacilles.

Il résulte de cette double série d'essais que la réaction de Pfeiffer ne s'est produite ni chez la femme, ni chez l'homme. Je m'y attendais, chez ce dernier, qui avait une entérite bien manifestement indépendante de la fièvre typhoïde; mais, chez la femme, le diagnostic était douteux, car les symptômes généraux faisaient pencher vers l'idée d'une fièvre continue. Or, le résultat négatif de la culture du sérum dans le tube de bouillon de bacille d'Eberth a tranché absolument la question clinique : il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde. L'évolution ultérieure de la convalescence chez cette femme a confirmé absolument cette conclusion, et j'ai pu, sans arrière-pensée, prescrire à la malade des aliments solides à une période où il eût été imprudent de le faire, si le diagnostic avait dû se baser exclusivement sur l'analyse des symptômes fonctionnels.

L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié.

MM. Variot et **Bayeux** — Nous voulons montrer que le tube d'O'Dwyer peut servir d'écouvillon dans les diphtéries laryngo-trachéales, très membraneuses, sans qu'il soit question de le maintenir en place.

Les diphtéries les plus membraneuses ne sont pas toujours les plus spasmodiques ; on voit des enfants rendre de longs moules membraneux, sans que le spasme de la glotte devienne assez menaçant pour nécessiter le tubage.

Dès l'an dernier, nous avons observé que l'introduction du tube, dans ces circonstances, était fréquemment suivie du bourrage des membranes, refoulées dans la trachée, que la lumière du tube était immédiatement obstruée, que l'asphyxie était imminente, et que les enfants, pris d'efforts de toux, rejetaient le tube spontanément, et, tout de suite après, des moules membraneux. Après cette expulsion du tube et des membranes, les enfants étaient soulagés, la respiration était régularisée, et il devenait inutile de laisser le tube à demeure.

Partant de ces données accidentelles, nous avons eu l'idée d'essayer systématiquement l'écouvillonnage du larynx dans les diphtéries très membraneuses, à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié.

Pour reconnaître les diphtéries avec moules membraneux laryngo-trachéaux épais, le meilleur signe est la sensation de bourrage des membranes et la suffocation par obstruction immédiate du tube. Ceci constitue, du reste, l'écouvillonnage. Puis, sous l'influence des efforts de toux ou des mouvements de respiration artificielle, le moule membraneux, décollé par le cathétérisme du larynx, est expulsé, la respiration se régularise : la présence du tube laissé à demeure n'est pas indispensable.

Nous pouvons donc envisager l'écouvillonnage du larynx comme un moyen d'étendre l'emploi du tube à des cas où le tubage proprement dit est inapplicable : lorsque les membranes sont bourrées dans la trachée ; lorsqu'elles se reproduisent immédiatement, etc. ; dans ces cas, il faut faire plusieurs écouvillonnages successifs. Cependant, nous ne conseillons pas de multiplier les tentatives au delà de trois ou quatre.

Sur la codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup.

M. Variot. — Nous avons proposé, avec M. Glover, d'employer le tube d'O'Dwyer comme cathéter dilatateur, pour vaincre le spasme de la glotte dans certaines formes de laryngite diphtérique.

Fréquemment nous avons constaté, qu'en laissant le tube 3 ou 4 minutes dans le larynx d'enfants qui ont un spasme violent de la glotte avec suffocation, et, en retirant le tube immédiatement, on obtient une cessation du spasme phréno-glottique, avec une régularisation relative des mouvements respiratoires. Quelquefois le spasme a cédé, et la régularisation des mouvements respiratoires a été définitive. Il nous a paru que cette dilatation active et extemporanée de la glotte était plus efficace chez les enfants au-dessus de deux ans, et chez ceux qui ont des laryngites diphtériques peu membraneuses, avec toux rauque et voix claire. Le spasme glottique est alors l'élément prédominant et menaçant dans le croup ; si, par le cathétérisme, on dilate les cordes vocales, on produit un soulagement immédiat et plus ou moins persistant après le retrait du tube.

Mais le retour du spasme est à craindre après la dilatation avec le tube d'O'Dwyer. Au-dessus de 2 ans cependant, les enfants sont moins sujets au laryngisme, et on peut alors substituer au cathétérisme permanent du larynx le cathétérisme extemporané, du moins dans certains cas.

On évite ainsi les inconvénients graves du tube laissé en place dans le larynx : obstruction du tube par les mucosités, troubles de la déglutition, ulcérations cricoïdiennes.

J'ai donc pensé qu'il serait utile de rechercher si les agents calmants du système nerveux ne pourraient pas servir à obtenir une réduction définitive de l'appareil nerveux phréno-glottique, après la dilatation d'urgence, lors d'un spasme très intense. Il m'a paru que l'administration bien réglée de la codéine avait pour effet de calmer les crises spasmodiques, et, probablement aussi, de prévenir le retour des grands accès de suffocation, après la dilatation extemporanée de la glotte. Les essais que j'ai entrepris ne datent que de quelques jours, et j'ai déjà enregistré un beau succès par cette méthode.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 4 juillet.

Vaccination contre le muguet, modification du sérum.

M. Roger. — J'ai pu vacciner des lapins contre le muguet, en leur injectant progressivement des cultures d'*oïdium albicans*.

Le sérum de ces lapins ainsi immunisés présente des propriétés analogues à celles du sérum des animaux vaccinés contre une maladie bactérienne. Ce sérum ensemencé avec du muguet reste

clair, tandis que le sérum non immunisé est rempli de flocons épais et serrés. Cela est dû à ce que le pouvoir végétatif de l'oïdium s'affaiblit considérablement dans le sérum immunisé.

Cependant si le sérum ainsi immunisé ensemencé avec du muguet se montre clair, il présente néanmoins une série de petits grains qui ont tendance à s'agglutiner et à tomber au fond du tube. Cet agglutinement de l'oïdium albicans est analogue à l'agglutinement des bactéries ensemencées dans du sérum immunisé contre certaines maladies bactériennes.

Il semble donc que l'organisme réagisse de la même façon vis-à-vis des agents pathogènes végétaux et bactéridés, puisque dans les deux cas, on peut provoquer dans le sérum, immunisé par l'une ou l'autre sorte d'agents, des modifications analogues.

Lésions médullaires produites par la toxine tétanique.

M. Marinesco. — Chez des cobayes inoculés avec de la toxine tétanique, j'ai constaté dans la moelle des hémorrhagies diffuses dans la substance grise, mais prédominantes dans la corne antérieure. Il y avait aussi des modifications du côté des cellules nerveuses dont les éléments chromatophiles, plus amincis, avaient la forme de bâtonnets au lieu de la forme polygonale qui est normale.

Ces éléments ont également subi une diminution dans leur longueur. Parfois même ils sont réduits à des granulations de forme irrégulière disséminés dans le corps de la cellule ou affectant la forme d'un réseau.

On observe les mêmes transformations des éléments chromatophiles des prolongements protoplasmiques. Quant à la substance achromatique de la cellule, elle est plus foncée et prend la même teinte que les éléments chromatophiles modifiés. Quelquefois même, la cellule entière, tout en conservant sa configuration extérieure, n'apparaît plus que comme un bloc de couleur intense dans lequel il est difficile d'apercevoir les éléments chromatophiles modifiés. Il est probable qu'il s'agit alors d'une nécrose de coagulation.

Le noyau de la cellule n'apparaît réellement modifié que lorsque le tétanos a une durée longue; le contour du noyau est alors moins bien défini, sa coloration est quelquefois plus intense et le réseau nucléaire disparaît.

Quant aux cellules névrogliques, elles ont un volume plus grand que le volume normal. Elles attaquent les cellules nerveuses. Enfin on observe des lésions dégénératives de la substance blanche elle-même, quand le tétanos est passé à l'état chronique.

Capsules surrénales et résistance au virus.

MM. Langlois et **Charrin** ont déjà montré les lésions que produisait l'infection dans les capsules surrénales et ils établissent aujourd'hui quelle part revient à ces viscères dans l'évolution de l'infection.

D'une façon générale, quand on prive un organisme d'un tissu quelconque ou d'une portion de tissu, d'une glande par exemple, cet organisme se montre moins résistant contre l'invasion bactérienne.

Or, quand on a enlevé l'une des capsules surrénales chez des cobayes et qu'on soumette ensuite ces cobayes à l'action d'une toxine, on constate que ces animaux succombent en même temps que les animaux témoins, sujets intoxiqués de la même façon mais possédant leurs deux capsules surrénales, ou plus tard que ces témoins, rarement avant.

On peut expliquer ce résultat paradoxal en rappelant que ces capsules ont, sous l'action des produits microbiens, une activité sécrétoire considérable; que, d'autre part, la toxicité de leurs extraits est considérablement accrue dans ces circonstances.

Il faut donc penser que ces viscères, sous l'action de certaines toxines, fabriquent plus de poison qu'à l'état normal; à l'intoxication bactérienne s'ajoute l'auto-intoxication et l'auto-intoxication est évidemment plus faible là où il existe une seule capsule surrénale que là où il en existe deux.

Effets produits par l'injection intra-veineuse d'une solution salée simple et d'une solution saline composée.

MM. Bosc et **Vedel** (de Montpellier) ont étudié comparativement les effets produits par les injections intra-veineuses de solutions faibles de chlorure de sodium pur ou associé au sulfate de soude et sont arrivés à cette conclusion que l'addition du sulfate de soude à la solution de chlorure de sodium seul n'est d'aucune utilité.

Ces auteurs pensent donc, d'après leurs expériences, qu'il est suffisant d'injecter dans les veines du chlorure de sodium pur à 7 0/00.

Les courants à haute fréquence et leurs effets sur l'organisme malade.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — L'étude de l'influence des courants à haute fréquence chez des sujets malades a montré à ces deux auteurs que l'on pourrait arriver, en multipliant ces recherches, à poser des règles, à préciser les doses de ces courants, leur nature et la durée de leur application.

D'après ces auteurs, deux diabétiques se sont trouvés mieux sous l'influence des courants à haute fréquence, mais cette méthode a échoué chez un cardiaque obèse.

En matière d'infection, les résultats obtenus ont été presque constamment des échecs et les animaux expérimentés n'ont présenté qu'une survie.

In vitro le succès a été plus manifeste. Encore est-il lié à de nombreuses conditions très diverses. Evidemment, il s'agit là d'un processus ou chimique ou physique, mais il est encore mal déterminé.

On peut donc dire que les courants à haute fréquence interviennent dans l'évolution d'une série d'affections distinctes.

M. Grimbert montre que, contrairement à l'opinion admise, le coli-bacille est sans action sur le sucre de canne.

Il n'est donc pas indifférent, comme on l'a dit, d'employer la lactose ou la saccharose pour établir une distinction entre le coli-bacille et le bacille d'Eberth.

M. Grimbert propose, pour la préparation du milieu d'Elsner, de ne laisser à la gélatine qu'une acidité équivalant à 1 gramme d'acide sulfurique par litre, ce qui correspond à 5 centimètres cubes d'eau de chaux pour neutraliser 10 centimètres cubes de gélatine.

M. Gilbert, au nom de MM. Auché et Carrière (de Bordeaux), dépose une note d'après laquelle le coefficient urotoxique serait diminué dans la lymphadémie leucémique et l'adénopathie tuberculeuse; mais cette diminution serait peu accentuée dans la dernière de ces affections.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 juin 1896.

Le détroit moyen.

M. Brindeau. — L'auteur délimite le détroit moyen par un plan passant par les épines sciatiques et les quatrièmes tubercules sacrés. Ce plan coupe généralement la symphyse pubienne au niveau de son tiers inférieur : de plus, il va passer en arrière très près de l'articulation de la quatrième et de la cinquième vertèbre sacrée. Il existe à l'état normal un rétrécissement de l'incurvation au niveau du détroit moyen. Ce rétrécissement porte surtout sur le diamètre bi-sciatique, qui est de 10 c. 8, au lieu

de 12 à 13 c. que l'on constate au niveau du diamètre bi-ischiatique.

Le détroit moyen est rétréci dans tous ses diamètres dans les bassins cyphotiques; dans certains cas même, la distance bi-sciatique peut être inférieure à la distance bi-ischiatique, ce qui peut amener l'arrêt de la partie fœtale au niveau de ces parties osseuses.

Dans les bassins asymétriques, le bassin de Nœgelé, par exemple, où ce rétrécissement atteint son maximum, l'atrophie de l'articulation du sacrum amène une diminution du diamètre transversal de toute l'excavation et, en particulier, du diamètre bi-sciatique.

Le pronostic du rétrécissement du détroit moyen est, en général, très grave. Dans quelques cas, cependant, la pression sur les apophyses sciatiques est tellement prononcée qu'elle peut amener des déchirures de la paroi vaginale ou des lésions du cuir chevelu du fœtus.

M. Budin fait remarquer que, par suite du relâchement des symphyses, ces rétrécissements se corrigent au moment de l'accouchement. Il insiste sur ce fait, que la saillie des épines sciatiques n'est perceptible qu'à la fin de la grossesse, alors que les ligaments sont ramollis. Au début ou en l'absence de grossesse, ceux-ci forment une ligne rigide, qui se continue avec les épines osseuses et en masque la saillie.

Faradisation de l'utérus.

M. Poitou-Duplessis. — S'inspirant des essais faits autrefois par de Saint-Germain à la Maternité de l'hôpital Cochin, M. Poitou-Duplessis est arrivé à accélérer les contractions utérines chez une femme dont le travail traînait en longueur. Il a employé la pile de Gaiffe au bisulfate de mercure. Un des pôles fut appliqué sur l'abdomen, l'autre, représenté par un conducteur recouvert de gutta-percha, à extrémité libre métallique, fut introduit au contact du col utérin.

Le résultat fut aussi heureux que rapide, les contractions utérines, non seulement furent réveillées et énergiques, mais elles se maintinrent après la cessation du courant électrique, qui ne dura pas plus de cinq minutes. Le col se dilata rapidement et permit bientôt l'introduction du forceps. L'auteur a encore employé ce procédé avec succès dans deux cas d'hémorrhagies tardives du post-partum.

M. Pichevin rapporte l'histoire d'une femme qui entra à l'hôpital pour une tumeur inflammatoire située dans le cul-de-sac postérieur. Au bout de quelques jours, il survint une arthrite du poignet présentant tous les caractères d'une arthrite blennorrhagique. On incise le cul-de-sac postérieur, on ouvre une trompe pleine d'un pus contenant des gonocoques et des staphylocoques. Le lendemain, chute de la température et disparition de l'arthrite. Cette observation tend à démontrer que dans le rhumatisme blennorrhagique il est bon de traiter la blennorrhagie dans son siège. M. Rendu a souvent remarqué que certaines arthrites blennorrhagiques étaient favorablement modifiées par des injections uréthrales au permanganate.

Chez une autre femme, accouchée depuis un mois et atteinte de blennorrhagie uréthrale, un ganglion qui existait à la région sous-claviculaire depuis l'âge de 9 ans, s'enflamma et s'abcéda. Dans le pus de l'abcès on trouva des gonocoques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 18 juin. — Présidence de M. Saint-Yves Ménard.

M. Bellencontre, revenant sur l'observation de M. de Beauvais, *Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs*, regrette que l'on n'ait pas cherché les stigmates nerveux, un simulateur étant généralement un hystérique ou un dégénéré. Il combat l'opinion de M. Dehenne, à savoir que s'il s'était agi d'une amblyopie nerveuse, on trouverait des lésions après 5, 6 mois. M. Bellencontre a observé des cas d'amblyopie hystérique monoculaire remontant à un temps plus long sans altération de la papille.

Présentation.

M. Lavaux fait hommage du tome III de son Manuel de pathologie des voies urinaires.

A propos des revaccinations.

M. Jasquiervicz cite le cas d'un enfant de 4 à 5 ans qui a été atteint de variole légère quelques mois après avoir été vacciné avec succès.

M. le président. — La variole est très rare chez les enfants de moins de 6 ans. Dans l'espèce, peut-être a-t-on eu affaire à la varicelle, parfois difficile à diagnostiquer de la varioloïde.

M. Dignat a observé un cas de varicelle dans lequel les vésicules renfermaient un liquide louche avec phénomènes généraux graves; il aurait pu diagnostiquer varioloïde s'il n'avait été guidé par l'apparition antérieure d'une varicelle non douteuse chez le frère de l'enfant. Il prie M. Saint-Yves Ménard de préciser les signes différentiels.

M. le président différencie par les prodrômes et surtout par l'ombilication très nette de la pustule de varioloïde.

MM. Verchère, de Crésantignes, Jasquiervicz, établissent la non-rareté des varicelles sans prodrômes.

Les désinfecteurs infecteurs.

M. Roulin. — Un enfant atteint de scarlatine légère est gardé à la chambre 40 jours; puis désinfection de l'appartement par une équipe municipale. Deux jours après, l'enfant présente une plaque reconnue diphtérique d'une amygdale. M. Roulin ne doute pas que les désinfecteurs n'aient apporté cette maladie, l'enfant n'ayant été approché par personne autre, et lui-même n'étant pas retourné dans la maison depuis 3 semaines.

M. Bardet affirme après expériences que la désinfection par pulvérisation, — procédé adopté par la ville de Paris, donne des résultats illusoires.

Un cas de maladie de Werlhof. — Influence heureuse de l'alcool. — Guérison en trois semaines.

M. Alb. Miquet lit l'observation au nom du docteur Barhary (de Nice).

M. Dignat. — Le purpura n'est qu'un symptôme (infections, cirrhoses hépatiques, cachexie, rhumatisme, etc.). Le rhumatisme étant le plus souvent en cause chez les enfants, il donne du salicylate avec succès; chez les adultes, l'ergotine fait merveille.

De la pipérazine.

M. Tison donne des conclusions favorables dans le traitement de la diathèse urique.

M. Bardet lui dénie tout pouvoir, même en injections.

A. de Crésantignes.

ACTES DE LA FACULTÉ
DU 15 AU 18 JUILLET 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 15 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Bar, Maygrier, Bonnaire. — 5e (2e partie), Necker (1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan, Achard. — 5e (2e partie), Necker (2e série) : MM. Debove, Roger, Wurtz.

A 1 heure. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Hayem, Joffroy, Widal. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Grancher, Landouzy, Gaucher.

Jeudi 16 juillet, à 9 heures. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Broca. — 5e (2e partie), Pitié (1re série) : MM. Hayem, Gaucher, Widal. — 5e (2e partie), Pitié (2e série) : MM. Potain, Landouzy, Wurtz.

Vendredi 17 juillet, à 9 heures. — 5e (2e partie), Necker (1re série) : MM. Proust, Hutinel, Marie. — 5e (2e partie), Necker (2e série) : MM. Cornil, Grancher, Gilbert. — 5e (2e partie), Necker (3e série) : MM. Debove, Thoinot, Ménétrier.

A 1 heure. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Hayem, Thoinot. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Straus, Landouzy, Widal.

Samedi 18 juillet, à 9 heures. — 5e (2e partie), Pitié (1re série) : MM. Hayem, Widal, Thoinot. — 5e (2e partie), Pitié (2e série) : MM. Joffroy, Gaucher, Netter. — 5e (2e partie), Pitié (3e série) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Gilles de la Tourette.

A 1 heure. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Roger, Marfan. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Letulle, Ménétrier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (3e série) : MM. Debove, Marie, Gilbert.

Examens d'officiat

Jeudi 16 juillet, à 9 heures. — 3e (Définitif), Pitié : MM. Straus, Bonnaire, Walther.

Samedi 18 juillet, à 1 heure. — 3e (Définitif), Hôtel-Dieu : MM. Bar, Albarran, Charrin.

Examens de sages-femmes

Jeudi 16 juillet, à 1 heure. — (1re classe), Ancien régime : MM. Blanchard, Rémy, Bonnaire.

Thèses de doctorat

Mercredi 15 juillet, à 1 heure. — *M. Gougneare* : Du traitement des abcès du creux ischio-rectal (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Walther). — *M. Gagnard* : Autoplastie par la méthode italienne modifiée et greffe d'Ollier-Thiersch (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Walther), — *Mlle Samouilovitch* : De la gamodactylie (MM. Tillaux, Reclus, Tuffier, Walther). — *M. Pellidi* : Contribution à l'étude de l'étiologie de l'occlusion intestinale chez le vieillard (MM. Straus, Rémy, Lejars, Wurtz). — *M. Ménard* : Corrections de certaines anomalies de la disposition des dents par l'extraction des quatre premières grosses molaires définitives ou dents de six ans (MM. Straus, Rémy, Lejars, Wurtz). — *M. Derome* : Contribution à l'étude du passage de quelques ferments digestifs dans l'urine (MM. Straus, Rémy, Lejars, Wurtz). — *M. Sabatier* : Contribution à l'étude de la valeur séméiologique du bacille de Lœffler dans le diagnostic et le traitement de l'angine diphtérique; diphtérie bactériologique (MM. Straus, Rémy, Lejars, Wurtz). — *M. Lafon* : Contribution à l'étude de l'hémiplégie puerpérale (MM. Pinard, Reynier, Varnier, Marchand). — *M. Guillemot* : Sur le mécanisme des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial (MM. Pinard, Reynier, Varnier, Marchand). — *M. Chamrin* : Sur un cas de tératologie; malformation des extrémités thoraciques et abdominales d'origine congénitale (MM. Pinard, Reynier, Varnier, Marchand). — *M. Frostin* : Contribution à l'étude de la varioloïde (MM. Potain, Fournier, Netter, Delbet). — *M. Le Sage* : Contribution à l'étude de la pneumonie du sommet (MM. Potain, Fournier, Netter, Delbet). — *M. Meyer* : Contribution à l'étude du scotome scintillant (MM. Potain, Fournier, Netter, Delbet). — *M. Millet* : Du pied plat valgus douloureux, d'origine blennorrhagique (MM. Fournier, Potain, Netter, Delbet).

Jeudi 16 juillet, à 1 heure. — *M. Chevereau* : Du faux rétrécissement mitral ou rétrécissement mitral spasmodique (MM. Laboulbène, Hutinel, Charrin, Ménétrier). — *M. Brengues* : Etudes sur les formes graves de la maladie de Maurice Raynaud (MM. Laboulbène, Hutinel, Charrin, Ménétrier). — *M. Mary* : Du bleu de méthylène dans le traitement de l'uréthrite et de la vaginite blennorrhagique (MM. Laboulbène, Hutinel, Charrin, Ménétrier). — *M. Sévin* : Etude sur l'hygiène des prisons; maison d'arrêt du Havre (MM. Laboulbène, Hutinel, Charrin, Ménétrier). — *M. Pailloz* : Localisation de la grippe; influenza sur la vessie, l'urèthre, le testicule et ses annexes (MM. Proust, Debove, Chantemesse, Netter). — *M. Cauchemez* : Des mesures sanitaires au marché aux bestiaux et aux abattoirs de la Villette (MM. Proust, Debove, Chantemesse, Netter). — *M. Charpentier* : Contribution à l'étude de la cirrhose saturnine (MM. Debove, Proust, Chantemesse, Netter). — *M. Boyard* : Contribution à l'étude des gommes syphilitiques de la conjonctive (MM. Panas, Cornil, Letulle, Hartmann). — *M. Villeneuve* : Des conjonctivites à streptocoques (MM. Panas, Cornil, Letulle, Hartmann). — *M. Meslay* : Etude anatomo-clinique de l'ostéomalacie (MM. Cornil, Panas, Letulle, Hartmann). — *M. Morin* : Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur le sarcome intra-musculaire (MM. Cornil, Panas, Letulle, Hartmann). — *M. Blazy* : Contribution à l'étude des tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale (MM. Duplay, Le Dentu, Nélaton, Thiéry). — *M. Blanc* : Rapports de l'inflammation avec la gangrène diabétique (MM. Duplay, Le Dentu, Nélaton, Thiéry). — *M. Brusset* : Contribution à l'étude du formol (MM. Le Dentu, Duplay, Nélaton, Thiéry). — *M. Camero* : Contribution à l'étude du traitement de la cystite douloureuse chez la femme par le curettage vésical (MM. Guyon, Berger, Maygrier, Albarran). — *M. Schmid* : Métrorrhagies et métrites hémorrhagiques; considérations cliniques, anatomiques et pathogéniques (MM. Berger, Guyon, Maygrier, Albarran). — *M. Péras* : De l'hystéropexie abdominale dans son rapport avec la puerpéralité (MM. Berger, Guyon, Maygrier, Albarran). — *M. Richard* : Le traumatol, son emploi en chirurgie (MM. Berger, Guyon, Maygrier, Albarran). — *M. Ostrowsky* : Recherches expérimentales sur l'infection générale produite par le champignon du muguet (MM. Ch. Richet, Pouchet, Heim, Chassevant). — *M. Dinan* : Etude sur le pambotano (Calliandra Houstoni Bentham) comme succédané du quinquina (MM. Pouchet, Ch. Richet, Heim, Chassevant). — *M. Saint-Maurice* : De la paralysie générale juvénile (MM. Joffroy, Grancher, Marie, Gilbert). — *M. Ferrano* : Troubles vasculaires du labyrinthe (MM. Grancher, Joffroy, Marie, Gilbert).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

M. le docteur Desgrez est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, en remplacement de M. Roger, dont la démission est acceptée.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecine (Bureau central).

MM. Gallois, 16; Courtois-Suffit, 17; de Gennes, 19; Lesage, 19; Le Noir, 18.

La première séance de la quatrième épreuve (2e épreuve clinique) a eu lieu le vendredi 3 juillet : MM. Courtois-Suffit, 30; Legry, 25; Boulloche, 28; Le Noir, 28.

Concours de chirurgie (Bureau central).

La première séance de la troisième épreuve (épreuve de la consultation) a eu lieu le 1er juillet : MM. Glantenay, 13; Guillemain, 14; Mauclaire, 12; Thiéry, 19; Chevalier, 19; Villemin, 19; Morestin, 17; Souligoux, 17; Clado, 17; Rieffel, 19; Cazin, 17.

Médecine opératoire : MM. Thiéry, 23; Rieffel, 28; Villemin, 28; Chevalier, 28.

Concours de l'internat.

L'ouverture du concours de l'internat pour 1897 aura lieu le 19 octobre prochain.

Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 7 septembre au 3 octobre inclusivement.

Concours de l'externat.

L'ouverture du concours de l'externat pour 1897 aura lieu le 20 octobre prochain.

Se faire inscrire tous les jours, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 30 septembre inclusivement.

Concours des prix de l'internat.

L'ouverture du concours pour les prix de l'internat aura lieu le 14 décembre prochain pour la médecine, et le 17 du même mois pour la chirurgie.

Se faire inscrire du 1er au 15 octobre. Le mémoire devra être déposé avant le 15 octobre.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 29 18 Juillet 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

Debierre et Pravaz avaient vu, avant moi, que la poche érythroïdienne est déjà formée chez les ovidés et les bovidés alors que le testicule et le gubernaculum sont encore, pour ainsi dire, tout entiers renfermés dans le ventre, et Klaatsch (1) qui admet, pour toutes les espèces animales, l'existence d'un cône inguinal, c'est-à-dire l'existence de faisceaux allant, du petit oblique et du transverse rejoindre le gubernaculum en s'invaginant dans l'abdomen, est obligé de reconnaître qu'il n'a jamais observé ce cône inguinal chez les marsupiaux, les carnivores et les ruminants. Il dit bien, à la vérité, que cela tient à ce que ses recherches n'ont pas porté sur des stades suffisamment jeunes; mais ces stades, je les ai étudiés, et jamais, je le répète encore, je n'ai vu de fibres abdominales pénétrer dans le ventre à la recherche du gubernaculum.

β *Chez les pachydermes.* — Voici ce que j'ai observé sur deux fœtus de jument : l'un avait douze centimètres (de la tête à la racine de la queue); l'autre dix-sept.

Le scrotum n'est pas formé; il est marqué par une saillie à peine apparente ; la verge est bien formée.

La peau du ventre enlevée, on tombe sur le tendon plat, mince, gélatineux du grand oblique qui, en bas, tout près de l'arcade crurale, est traversé par le gubernaculum ; celui-ci se perd gros, ramassé, gélatineux, paraissant libre de toute attache aux plans fibreux et osseux de la région, dans le tissu cellulaire qui recouvre l'orifice extérieur du canal inguinal.

Le tendon du grand oblique enlevé, on voit, creusé dans le petit oblique, près de son bord inférieur, un orifice dont les contours musculaires sont parfaitement nets.

Le ventre ouvert, apparaît le testicule, placé en dehors du rein, le hile tourné en dedans ; les vaisseaux qui abordent ce hile traversent perpendiculairement la partie inférieure de la face antérieure du rein, dans un repli du péritoine.

Le canal déférent naît de l'extrémité supérieure du testicule, côtoie le bord externe du rein et plonge dans le petit bassin, en passant en dedans de l'artère ombilicale.

Le gubernaculum se détache, très mince, du pôle inférieur du testicule, passe, toujours grêle, par-dessus le canal déférent et en dedans de lui, puis, aussitôt après l'avoir croisé, s'engage, augmentant alors considérablement de volume et de résistance, dans l'orifice profond du canal inguinal.

Cet orifice est limité par des bords bien nets, formés par des fibres musculaires. Ces fibres ne font acune saillie en dedans et l'on n'en voit point qui montent vers le ventre à la rencontre du gubernaculum qui arrive seul, sans gaine musculaire, jusqu'au petit oblique, mais qui, au point où il passe au milieu des fibres de celui-ci, leur adhère. En voici la preuve : quand on tire en haut le gubernaculum, les faisceaux inférieurs du petit oblique obéissent à la traction et forment alors un cône creux, une gaine au centre de laquelle on voit plonger ce gubernaculum. Quand, au contraire, on tire sur l'extrémité inguinale du gubernaculum, on voit, dans le ventre, se former une dépression; le péritoine descend en manière de petite vaginale et apparaît en dehors du ventre, doublé de fibres musculaires émanées du petit oblique : c'est là une tunique érythroïde artificielle.

Il n'existe donc pas de « cône inguinal » sur le cheval fœtus, et le crémaster ne provient point de fibres musculaires retournées ; comme chez le mouton et le taureau, il est la conséquence de la simple rétraction d'un gubernaculum adhérent aux faisceaux du petit oblique.

(1) H. Klaatsch : *Ueber den Descensus testiculorum.* In *Morphol. Jahrbuch*, Bd XVI, 4, Leipzig, 1890. Analysé par Renaut, in *Revue des Sciences médicales*, 1892, p. 17.

B. CHEZ LES ANIMAUX A L'ÉTAT ADULTE

α Chez les ovidés et les bovidés. — Sur le taureau on voit, par l'orifice extérieur du canal inguinal, émerger un gros faisceau musculaire qui se dirige en has et en dedans pour gagner le cordon spermatique en dehors duquel il descend, puis en avant duquel il se place au point où il aborde les enveloppes du testicule.

Lorsqu'on a décollé le tendon plat du grand ohlique, les fibres inférieures du petit oblique apparaissent transversales, dirigées de la moitié externe de l'arcade crurale vers le hord distal du muscle grand droit. Les fibres du muscle transverse descendent heaucoup moins bas que celles du petit oblique; elles n'apparaissent pas dans la région inguinale et ne peuvent avoir aucun rapport avec le crémaster.

Ce crémaster apparaît de suite, avant que la dissection l'ait isolé, comme formé par les faisceaux inférieurs du petit oblique dont il ne semble pas séparable et qui, pour descendre vers le scrotum, auraient dévié de leur direction transversale et obliqué en has.

Cette apparence répond, en effet, à la réalité; mais on peut, avec le histouri, séparer les fibres du crémaster et étudier d'une façon précise le point où elles s'attachent ainsi que les véritables relations qu'elles ont avec celles qui forment le liséré inguinal de l'oblique interne. Ainsi, l'on peut se rendre compte que le crémaster n'est point en continuité avec les faisceaux superficiels de ce muscle oblique interne; au contraire, il s'engage sous l'arcade que forme son bord inférieur, dans l'espèce d'anneau circonscrit par ce hord et le ligament de Poupart. Là, il disparaît.

Pour le suivre, il faut faire une section verticale du petit oblique passant un peu en dedans de l'origine apparente du crémaster; on obtient ainsi deux volets, l'un interne qu'on rabat avec le grand muscle droit, l'autre externe qu'on rabat en dehors et on peut ainsi facilement étudier la face profonde. Alors il devient facile de voir l'origine véritable du crémaster.

On peut d'abord constater, en regardant par transparence le petit oblique soulevé, que le crémaster ne jouit d'aucune indépendance, qu'il n'est pas formé par autre chose que par les faisceaux inférieurs et profonds du petit oblique déviés de leur direction et chassés, pour ainsi dire, en dehors de l'abdomen qu'ils ont abandonné en s'insinuant sous les faisceaux inférieurs superficiels. Entre le petit oblique et le crémaster, pas la moindre trace de séparation; il n'est ni plus ni moins facile d'isoler ces deux muscles que d'isoler l'un de l'autre deux faisceaux quelconques du petit oblique; on n'y arrive qu'au prix de déchirures musculaires.

Ce petit oblique, on le voit très nettement s'attacher à la moitié interne de l'arcade crurale, ou plutôt, comme cette arcade crurale, chez le taureau, a une indépendance beaucoup moins marquée que chez l'homme [disposition qui corrobore la vieille théorie très heureusement défendue, ces années dernières, par Nicaise (1)], on voit plutôt, dis-je, le petit ohlique s'implanter, superficiellement, sur la face profonde de la partie inférieure du tendon du grand oblique, et, profondément, sur la face superficielle de la gaine qui recouvre le muscle iliaque. Il y a là une intersection et une intrication de fibres absolument complète.

Le crémaster, formé par les faisceaux tout à fait inférieurs du petit oblique, s'attache donc, lui aussi, à cette arcade crurale, continuant, sans interruption, la ligne d'insertion de ce petit oblique. Là, ses faisceaux s'étalent en largeur, comme pour hien marquer leur identité avec ceux de l'oblique interne; plus on se dirige vers l'épine du pubis, plus on les voit, abandonnant l'arcade crurale proprement dite, envahir le territoire de la fosse iliaque et se confondre avec son aponévrose, si hien que, sur plusieurs sujets, j'ai vu les fibres les plus internes s'attacher très solidement sur cette aponévrose, juste au niveau du point où elle recouvre d'une gaine puissante l'artère iliaque externe.

Je n'ai jamais trouvé le faisceau crémastérien interne, venu, chez l'homme, de l'épine pubienne ou de son voisinage.

Ainsi implantées sur le bassin, les fibres du crémaster, identifiées, je le répète, avec les fibres inférieures profondes du muscle oblique interne, s'unissent et se constituent en un vigoureux muscle qui commence à s'arrondir, sort par l'orifice extérieur du canal inguinal, s'applique au flanc externe puis sur le front du cordon spermatique, et va enfin s'attacher à la face externe de la tunique fibreuse, comme je le montrerai plus loin en décrivant le crémaster du mouton, pour éviter des redites.

(A suivre.)

(1) M. Nicaise : *Notes sur l'anatomie de la région inguinale.* In *Archives générales de médecine*, juillet et décembre 1866. — *Des insertions de l'aponévrose du grand oblique.* In *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie de l'homme et des animaux*, 1889, t. XXV, p. 562.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique d'Avicenne (980-1037).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Une idée est une graine d'étrange sorte. Elle flotte dans l'air; un cerveau la happe au passage; il se l'approprie, la caresse, la développe, la transforme en produit de culture. Et voici l'extraordinaire de cette végétation: une graine unique, toujours semblable à elle-même, germe en floraisons des plus disparates; chaque cerveau où elle pénètre lui fournit occasion à épanouissement distinct. Elle ressemble à un gland d'où jailliraient non pas seulement des chênes, mais une pépinière illimitée de baliveaux inattendus.

Sait-on jamais quelles seront les conséquences d'une idée? Le premier qui l'a émise serait fort étonné des déformations qui la rendent méconnaissable par la suite. C'est que la variété des cerveaux qui se l'assimilent la marquent de leur empreinte spéciale; autant de tendances familières à ces travaux, autant d'empreintes qui ne se répètent pas. Il en résulte sur l'idée primitive une façon de greffe liée à la manière de sentir individuelle, et cette greffe seule poussera en rejetons nouveaux, l'idée qui l'avait nourrie se flétrissant peu à peu.

Les idées d'Hippocrate étaient familières à Galien et aux Arabes; mais quelles métamorphoses à passer par ces intelligences si peu en harmonie avec celle du maître! Galien, porté aux débauches de raisonnement, broda une couronne de dialectique autour de l'observation calme d'Hippocrate: un style rococo sur la pureté de la ligne grecque. Les Arabes, mystiques, pe

accessibles à l'intérêt du fait terre à terre, se laissèrent emporter au courant de leur imagination : des remèdes étranges, malpropres, compliqués, inefficaces, débouchèrent en torrent de leur pharmacopée, inondèrent la matière médicale d'Hippocrate, ravagèrent la netteté des indications thérapeutiques posées avant eux.

Galien rhéteur, les Arabes aussi abondants que lui et envolés plus haut dans le domaine de la chimère, comment n'eussent-il pas, l'un et les autres, plané en maîtres sur le moyen âge, grisé de scholastique et passionné d'agenouillements? Dès qu'ils furent connus, ce fut une ferveur délirante. Du douzième au seizième siécle, les ovations prosternées allèrent aux maîtres qui répondaient si heureusement à l'esprit de l'époque.

Le premier acte de Paracelse fut de brûler les œuvres de Galien et d'Avicenne. C'était à son cours d'ouverture dans l'Université de Bâle. On voit d'ici le scandale. L'indignation des contemporains n'eut toutefois pas complètement tort. Pour Galien, surtout, si grands fussent ses défauts, ils étaient dépassés par ses qualités ; de la brume, certes, mais du soleil au-dessus d'elle. Paracelse, lui, s'impatienta de la brume.

D'autre part, plus d'une analogie rapprochait Paracelse d'Avicenne: même vie agitée, amour partagé des voyages et des boissons alcooliques. Avicenne étudia à Bagdad, devint médecin des califes, puis vizir, fut jeté en prison, s'échappa, se réfugia chez un apothicaire, fut découvert, incarcéré une seconde fois, s'évada sous la robe d'un moine. Il mourut à cinquante-huit ans, buveur d'eau-de-vie et mangeur d'opium avec le mithridate.

II

L'originalité qu'Avicenne répandait sur ses habitudes ne se révélait pas avec la même fougue dans ses œuvres. On rencontre de ces hommes : leur trop plein d'énergie nerveuse se dissipe tout entier en satisfactions musculaires ou émotions sensorielles. Il reste peu de chose pour alimenter la création intellectuelle. Cette manière de sentir est propre à la jeunesse.

Avicenne la conserva jusqu'à la fin de ses jours, impulsif de conduite comme un étudiant, aussi incapable que lui de réaliser une idée générale. La marque de l'âge se manifestait chez lui non dans la largeur des conceptions, mais seulement dans l'ordre qu'il apportait à ses écrits.

Son Canon constitue une compilation où était savamment catalogué le labeur des médecins grecs et arabes. C'est cette tenue correcte que ne déparait pas le pli d'une pensée originale qui avait eu le don d'allumer les fureurs de Paracelse.

Que dire de sa physiologie sinon qu'elle était en retard sur celle de Galien? Nous voyons reparaître la vieille hypothèse d'Aristote sur les trois ventricules du cœur : il n'y en a que deux, avait dit depuis longtemps le médecin de Pergame.

En pathologie, des vues enfantines déparent d'ordinaire les données justes : si la scarlatine est décrite entre la rougeole et la variole, si trois espèces de pleurésies sont ingénieusement mentionnées, celles de la plèvre, des muscles intercostaux et du médiastin, en revanche nous subissons la nomenclature de quinze sortes de douleurs, l'histoire de substances aériennes hypothétiques dont l'altération provoque la mélancolie, la relation de désordres cérébraux entraînés par les quatre éléments, le froid, l'humide, le chaud, le sec. Des maladies étranges étaient dues aux mœurs du milieu, tel l'écoulement des matières fécales pendant l'acte vénérien. Un sphincter anal singulièrement affaibli que celui des Arabes !

La thérapeutique d'Avicenne n'est pas supérieure à sa pathologie ; il vante comme dépuratifs l'or, l'argent, les pierres précieuses. L'habitude de dorer ou d'argenter les pilules vient de là. Les punaises deviennent le remède de la fièvre quarte et de l'hystérie ; les mélancoliques sont bercés dans une balançoire. Pratiquée au début de la maladie dans les veines les plus éloignées, la saignée ouvre plus tard les veines les plus voisines du foyer morbide ; les hémorrhoïdes qui évacuent le mauvais sang seront traitées par la saignée de la veine saphène ou de la face postérieure du talon ; on soignera en même temps le foie et la rate malades ; ce sont leurs lésions qui engendrent le mauvais sang, cause des hémorrhoïdes. Inutile d'ajouter que cette opinion n'est pas d'Avicenne : elle est empruntée à la médecine grecque. Parfois cependant un conseil utile est détaché entre les recommandations bizarres : le castoreum, l'asa-fœtida, les huiles chaudes sont opposés au tétanos ; le sucre et le lait sont prescrits aux phtisiques. Ailleurs, une pratique sagace s'allie à l'entrée en scène d'un précepte dangereux : La dysenterie est traitée par les myrobalans (fruits astringents et légèrement purgatifs de la famille des combrétacées), la rhubarbe, la gomme adragante ; d'autre part, on ne craignait pas d'adjoindre à cette médication inoffensive l'ordonnance de lavements d'or piment. Dans toute l'antiquité, ces lavements avaient déjà été employés contre les vers intestinaux et dans la maladie cœliaque.

Ce qu'Avicenne dit de bien (variole, lèpre, spina-ventosa, etc.), il le doit en général à Rhazès et aux Grecs. Le mauvais est communément sa propriété exclusive ; ainsi quand il déconseille d'opérer les hernies étranglées. Les quelques observations justes qu'il formule en chirurgie sont inspirées de Paul d'Egine (paracentèse, atrésie du conduit auditif et corps étrangers, polypes des fosses nasales, etc.). Une constatation intéressante au point de vue historique est néanmoins relevée au sujet de la cataracte : Avicenne a vu des chirurgiens en pratiquer l'extraction ; mais l'opération est périlleuse, se hâte-t-il d'ajouter.

Les quelques acquisitions sérieuses dont les Arabes ont enrichi la matière médicale ne sont pas l'œuvre d'Avicenne. Il n'a inventé, ni la casse ni le séné, ni la manne, ni le tamarin. Pas davantage de lui le bol d'Arménie qui était un violent émétique. Les juleps, loochs, électuaires, appartiennent à ses prédécesseurs ; comme eux, il faisait usage des hédéguards riches en tannin, des clous de girofle, des baumes, du musc, du camphre. Le sublimé, qui est un produit arabe, était proscrit par Avicenne à l'intérieur ; il ne l'autorisait qu'en applications externes.

Quant aux bézoards, ces amas de concrétions intestinales, biliaires, urinaires, nous pardonnons à Avicenne de ne pas les avoir introduits le premier dans la thérapeutique. On les portait comme amulettes ; on leur accordait des vertus toniques antiputrides, antispasmodiques. Ils ont fait les délices du moyen âge ; nos malades modernes s'en passent volontiers.

Ils n'accompagnent pas davantage de leurs regrets la perte de quelques manœuvres thérapeutiques que leurs pères déjà n'appréciaient pas avec ivresse.

Un calife était hydropique : ses médecins le plongent dans un four allumé. Ils lui avaient promis cinquante ans de vie ; il fut rôti. Dans les plaies du ventre, de grosses fourmis faisaient office de sutures : leur morsure agglutinait les parois. Pauvres malades : avec son culte des Arabes, le moyen âge ne leur a pas été tendre.

III

Du jour où ils adoptèrent l'architecture byzantine, les Arabes lui firent subir une série de transformations qui décèlent le goût qu'ils avaient pour les raffinements d'ornementation. Leurs arcs se chargèrent de guipures plus fouillées ; les enlacements des

dessins se contournèrent en lacis plus inextricables. Entre nne mosquée du VIII° siècle et un monument du XIV°, la différence éclate à l'œil le moins exercé. La médecine, au contraire, resta stationnaire ou plutôt elle périclita dès la première heure sons le poids des arabesques dont elle était écrasée.

Un grand médecin émerge toutefois de la phalange fantaisiste des écrivains arabes. Rhazès professait à Bagdad nn siècle avant Avicenne; il s'était inspiré des préceptes d'Hippocrate, écrivit nn traité sur la variole dont il favorisait l'éruption par des bains de vapeur. C'était un observateur comme Sydenham, avec un esprit synthétique mieux organisé: sans médire des lectures, il recommandait d'aiguiser l'expérience à la recherche originale, d'adapter avec circonspection les vérités reconnues aux cas particuliers.

A l'extrémité opposée de l'empire arabe, un chirurgien peut être considéré comme l'émule de Rhazès. Albucasis vivait à Cordoue vers la fin du XI° siècle. Il s'élève contre l'ignorance des chirurgiens qui ouvrent de gros vaisseaux sans se douter de leur existence. Quatre procédés lui sont familiers pour arrêter les hémorrhagies artérielles : la cautérisation, la division complète du vaisseau, la ligature, l'application des styptiques.

Après Albucasis, voici encore Avenzoar puis Averrhoès, et c'est fini des noms marquants de la médecine arabe. Audacieuse au possible, l'opinion d'Averrhoès sur les religions : la religion chrétienne est impossible à cause du mystère de l'Eucharistie; la religion juive est digne d'un enfant par la naïveté de ses observances légales; la religion mahométane ne satisfait que les sens; elle convient aux pourceaux. Cela était dit au XII° siècle. On comprend que la lecture d'Averrhoès fut mal vue des esprits orthodoxes : plusieurs conciles l'interdirent aux chrétiens.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Du pneumocoque de Frænkel.

Dans une étude sur le pneumocoque de Frænkel, **Lévy** et **Steinmetz** (*Archiv für. experiment. Path. und. Pharmakol.* vol. XXXVII) ont montré que ce microorganisme se développe le mieux sur des milieux riches en substances albuminoïdes; il peut se développer en l'absence de ces substances, mais il faut qu'il soit à l'abri de l'air. Par conséquent, si le pneumocoque périt dans les cultures aérobies, c'est sous l'influence de l'air.

Le pneumocoque est un microorganisme comprenant de nombreuses variétés, mais il est difficile d'en faire autant d'espèces spéciales. L'une de ces variétés a particulièrement attiré l'attention des auteurs. C'est un pneumocoque poussant sur gélatine, de 16 à 18°, très virulent pour le lapin, et ne peptonisant pas la gélatine. Les pneumonies dans lesquelles a été trouvé ce pneumocoque ne présentaient pas les caractères typiques de cette affection.

Lévy et Steinmetz ont également agité la question de savoir si le pneumocoque donnait des toxines dans les milieux de culture. L'expérimentation leur a répondu négativement; cependant les faits cliniques semblent plaider en sens contraire. Quant aux essais de vaccination entrepris par les auteurs contre le pneumocoque, ils ont échoué.

En même temps que le travail précité, paraissait à Moscou la thèse de **Fleroff**, qui a recherché quelle était la valeur respective du pneumocoque ordinaire, celui de Frænkel, étudié en France par Talamon, et celui de Friedlænder. Il arrive à cette conclusion, déjà émise d'ailleurs par d'autres auteurs, à savoir que le pneumocoque de Frænkel peut se rencontrer ailleurs que dans la pneumonie. Le bacille de Friedlænder serait plutôt un bacille pyogène, provoquant des processus inflammatoires et suppuratifs. L'auteur croit que ni l'un ni l'autre de ces bacilles ne sont pathogènes de la pneumonie. Il ajoute que la présence du bacille de Frænkel dans les crachats est loin d'être pathognomonique. Il est d'ailleurs bon de rappeler, comme le fait Fleroff au début de son travail, que ce dernier microbe habite la bouche à l'état normal, ainsi que différents auteurs l'ont montré, et en particulier M. Netter.

RUSSIE

Du traitement de la tuberculose par la créosote et le gaïacol.

Schtangueiff, dans la *Toujno Rous. Med. Gaz.*, 1896, n° 18, relate l'opinion générale des médecins de Crimée sur la question du traitement de la tuberculose par le gaïacol et la créosote. C'est là une opinion intéressante à connaître, car, en France, même la créosote, si elle a ses fougueux partisans, a aussi des adversaires résolus.

L'impression générale qui se dégage de la lecture du travail de Schtangueiff, disons-le tout de suite, n'est pas très favorable à l'emploi de la créosote et du gaïacol dans la tuberculose. Ces médicaments n'agiraient, en effet, que symptomatiquement. Ils calment, il est vrai, la fièvre, la toux et l'appétit; mais ils ont le grand inconvénient de provoquer des troubles dyspeptiques et de favoriser la production de l'hémoglobine, ce qui peut aider aux hémoptysies. De plus, ils ne modifient pas le nombre des bacilles de Koch. Enfin, les médecins de Crimée sont portés à croire que la valeur prophylactique de ces deux produits, chez les sujets prédisposés à la tuberculose, est nulle.

Mais dans une autre partie de sa discussion, la Société médicale de Yalta a fort bien défini les conditions spéciales dans lesquelles on doit avoir recours au gaïacol et à la créosote; elle a une fois de plus montré l'erreur que l'on commet à rejeter en bloc un médicament dans une maladie, et a bien fait voir que toutes les formes de cette maladie ne doivent pas être traitées de même façon.

Le gaïacol et la créosote agissent le mieux dans la tuberculose pulmonaire chronique, surtout dans ses formes bénignes et chroniques. De même, c'est surtout la tuberculose pulmonaire localisée qui subit le bénéfice de la créosote et du gaïacol. Par contre, s'agit-il de tuberculose ganglionnaire, de tuberculose d'autres viscères que le poumon, de granulie, de méningite tuberculeuse, de laryngite tuberculeuse, il n'y a pas grand'chose à attendre des deux médicaments en question. Bien plus, dans la tuberculose intestinale, ils ont une action plutôt nuisible.

En ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, l'article de Schtangueiff contient encore un précieux renseignement, à savoir que la forme caséeuse est plus justiciable que la forme scléreuse de l'emploi de ces deux médicaments. En outre, fait de premier ordre, le gaïacol et la créosote donnent de bons résultats à la période initiale de la tuberculose. On sait en effet que c'est à cette période surtout que la tuberculose est curable, à cette période qu'il y a le plus d'espoir d'en venir à bout. Aussi doit-on l'attaquer alors avec vigueur, si même elle n'est que soupçonnée; et on conçoit l'utilité de connaître tout ce qui peut aider à en triompher à ce moment.

Passant ensuite à l'étude des formes sous lesquelles les deux médicaments ont leur maximum d'activité, la Société médicale de Yalta donne la préférence à la créosote de hêtre et au gaïacol pur. Leurs carbonates sont moins actifs. Toutefois, comme ces derniers sont insipides et sans odeur, ils doivent être prescrits de préférence aux dyspeptiques, à dose double des autres préparations, c'est-à-dire 4 à 8 grammes par jour.

Comme conclusion à ces différents faits, faisant appel à sa pratique personnelle et à celle de quelques-uns de ses collègues, l'auteur, après avoir établi le pourcentage des cas guéris avec ou

sans la créosote, en arrive à conclure que les résultats par ces deux procédés sont à peu près identiques. Il n'existe donc pas de spécifique contre la tuberculose ; ni le gaïacol, ni la créosote ne sont capables de remplir ce rôle. C'est, dans ces conditions, à l'huile de foie de morue que Schtangueiff donne la préférence, en raison des incontestables avantages qui résultent de son emploi. Très souvent, l'huile de foie de morue produit une sérieuse augmentation de poids. En outre, elle a une action hypothermisante, non encore signalée, puisque avec trois à cinq cuillerées à bouche par jour, la fièvre tombe en cinq à dix jours. Peut-être même l'huile de foie de morue arrête-t-elle l'évolution du processus tuberculeux.

Aussi le traitement de Schtangueiff se résume-t-il ainsi : huile de foie de morue, suralimentation, air pur, friction avec eau de mer, koumys, massage, médicaments en cas d'hémoptysie, d'expectoration abondante ou de diarrhée. C'est là, comme on le voit, un traitement très analogue à celui de beaucoup de médecins français, et l'on est bien forcé de convenir que c'est encore lui qui donne les meilleurs résultats et qui rallie la plupart des cliniciens ; peu d'entre eux en effet se croient autorisés à priver un tuberculeux du bénéfice de l'huile de foie de morue, de l'air et de la suralimentation, même s'ils prescrivent en outre d'autres médicaments.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet. — Présidence de M. Monod.

De la résection intra-crânienne du nerf maxillaire inférieur.

M. Gérard-Marchand. — J'ai fait deux fois la résection intra-crânienne du nerf maxillaire inférieur et j'ai deux fois tenté d'extirper le ganglion de Gasser en suivant le procédé opératoire indiqué par M. Quénu. En deux mots, voici ce procédé : Dans la région temporale on taille un lambeau allant jusqu'à l'exocrâne. Ce lambeau reste adhérent par sa base qui s'étend de l'apophyse orbitaire externe à la croissance de l'oreille. On rabat ce lambeau, on rugine l'os temporal, on fait sauter le zygome et l'on pénètre alors dans un espace limité par l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et l'épine du sphénoïde. Or, point important, le trou ovale par lequel émerge le nerf maxillaire inférieur se trouve situé à égale distance de ces deux points de repère.

Il faut maintenant trépaner l'os au-dessus du point où nous savons, sans cependant le voir, que se trouve le trou ovale. Puis nous relevons la dure-mère, et nous allons à la recherche du trou ovale par l'endocrâne, à l'aide d'un crochet. Après maints tâtonnements, le crochet est introduit dans le trou ovale. Il suffit alors de faire sauter la lame osseuse qui sépare notre couronne de trépan du trou ovale. Rien de plus simple maintenant que de saisir le nerf maxillaire inférieur au niveau de son émergence du ganglion de Gasser. Je me suis même servi du tronc de ce nerf comme fil conducteur, pour aller à la recherche du ganglion de Gasser dont j'ai cherché à extirper la masse.

J'ai donc pratiqué deux fois cette opération. Mon premier malade avait déjà subi deux fois la résection du maxillaire inférieur. Il continuait, néanmoins, à souffrir atrocement d'une névralgie faciale rebelle. J'ai cherché à détruire, chez lui, tout ce que je pensais être le ganglion de Gasser. Ce malade a totalement guéri et la guérison s'est maintenue.

Mon second malade avait été vu, en ville, par plusieurs de mes collègues qui n'avaient pas conclu, chez lui, à une intervention. Cependant les douleurs éprouvées par ce malade étaient d'une intensité extraordinaire. Il ne pouvait ni manger, ni boire. Le moindre courant d'air réveillait ses douleurs et le fait de parler était pour lui un supplice intolérable. C'en était au point que je dus rester une heure un quart pour l'interroger. J'ai fait cette seconde intervention il y a un an. Un petit incident dont je n'ai pu trouver la cause s'est produit le troisième jour après l'opération. Après avoir enlevé la gaze iodoformée et refait le pansement, mon malade est tombé dans un coma qui a duré vingt-six heures. Puis tout est rentré dans l'ordre. Ce second résultat n'a pas été merveilleux. Mon malade a continué à souffrir et il souffre encore ; seulement ses douleurs ont changé de place et il peut manger.

Je veux signaler un inconvénient qui est résulté de cette opération. C'est la rétraction de la mâchoire. Cette rétraction me paraît due à la plaie du muscle temporal.

Mais, même sans tenir compte de ce petit inconvénient, ce second résultat, je le répète, est tout à fait défavorable. Est-il dû à ce que je n'ai pas extirpé le ganglion de Gasser ? C'est possible et même probable. En tout cas, nous avons deux moyens de savoir si nous avons oui ou non détruit le ganglion de Gasser : c'est, d'une part, la perte totale de la sensibilité dans les zones innervées par le trijumeau ; c'est ensuite l'examen des pièces anatomiques extirpées. Or, je vous ai déjà dit que, chez mon malade, la sensibilité persistait, quelque part où les douleurs continuaient.

Quant à la pièce anatomique, celle de mon premier malade a été examinée par M. Gombault. M. Gombault ne m'a donné le résultat de son examen qu'au bout de six mois. Vous savez aussi bien que moi quelle est sa compétence en pareille matière. Or, M. Gombault a fini par me dire que ce que je lui avais présenté comme étant le ganglion de Gasser ne contenait pas un atome de tissu nerveux, mais que c'était une sorte de tissu myxomateux sans cellules nerveuses. Et cependant ce malade était guéri, je vous l'ai présenté ici.

En terminant, je demande donc que toutes les fois qu'on nous présentera un cas d'extirpation du ganglion de Gasser, cette présentation soit accompagnée d'un examen histologique de la pièce extirpée. A ma connaissance, jamais, du moins en France, cet examen n'a été fait.

M. Quénu. — J'applaudis des deux mains à la conclusion de M. Gérard-Marchand. Et je ne prends la parole que pour relever le point suivant : M. Gérard-Marchand attribue la rétraction de la mâchoire survenue chez son malade à la plaie du muscle temporal. Il me paraît qu'il s'agit plutôt là d'un mode d'atrophie du muscle avec dégénérescence fibreuse possible de ses faisceaux. Cette rétraction est-elle un gros inconvénient ? Je ne le crois pas. Mon malade ne s'en est jamais plaint.

De la conduite à tenir vis-à-vis du péroné quand on fait l'ostéotomie du tibia pour une fracture mal consolidée des deux os de la jambe.

M. Schwartz lit une observation de M. le docteur Rochard portant ce titre et fait un rapport dont voici le résumé :

Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans. Il y a sept ans, cet homme s'est fracturé les deux os de la jambe, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs. Il y a eu fracture compliquée et consolidation vicieuse, les fragments formant entre eux un angle à sinus postérieur, et les deux fragments inférieurs ayant subi une rotation latérale telle que le malade ne pouvait s'appuyer sur la plante du pied et qu'il marchait avec des béquilles.

Six ans plus tard, la déformation s'est accentuée, les douleurs sont devenues plus violentes au niveau du cal, la jambe s'est davantage fléchie, la rotation est devenue plus marquée et l'impotence complète. C'est dans ces conditions que le malade est entré à l'hôpital Lariboisière.

La déformation était telle, nous dit M. Rochard, que le fragment supérieur du tibia faisait en avant une saillie surplombant le fragment inférieur qui, lui, était porté en arrière. Avec cela un

col hypertrophique, une mobilité anormale au niveau du tibia que l'on ne retrouverait pas au niveau du péroné.

M. Rocbard a pratiqué l'ostéotomie le 2 novembre 1895.

En traçant un grand lambeau antérieur il est arrivé sur le cal. Ce cal a été sectionné au ciseau de Mac Ewen et les deux fragments du tibia ont été avivés après élimination d'un foyer d'ostéite fongueuse. Alors, la réduction était encore impossible à cause du péroné. M. Rocbard a fait l'ostéotomie de ce dernier dont il a fait la résection sur une étendue de six centimètres. Dès que le péroné a été sectionné, la réduction a été possible. M. Rocbard n'a pas fait de suture osseuse et s'est contenté de poser un appareil plâtré. Soixante jours plus tard, cet appareil a été enlevé. Il y avait encore un peu de mobilité anormale. Le malade a porté alors des bottes silicatées et ce n'est que le 7 mai dernier, c'est-à-dire six mois après l'intervention, qu'il a présenté une consolidation complète.

La conclusion de M. Rocbard est donc que dans un cas semblable, il faut, d'emblée, faire l'ostéotomie du péroné, quand on éprouve la moindre résistance pour la réduction et il faut en réséquer une longueur égale au raccourcissement du tibia.

Je ne veux faire que quelques réflexions sur ce beau résultat de M. Rocbard. Il y a d'abord ce fait que, six ans après une fracture de jambe qui avait suppuré et présentait une consolidation incomplète, on a vu survenir des douleurs du cal plus insupportables que celles qui avaient suivi immédiatement la fracture. M. Rochard a trouvé dans le tibia une cavité avec de l'ostéite fongueuse, analogue à ces vieux foyers d'ostéomyélite que nous connaissons tous. Cela est naturel puisqu'il y avait eu fracture compliquée. Mais ce qu'il y a de remarquable, je le répète, c'est le long temps qui s'est écoulé avant l'apparition des phénomènes.

Cependant c'est surtout sur la conduite à tenir vis-à-vis du péroné, dans ces cas d'ostéotomie de la jambe pour fracture vicieusement consolidée, que M. Rochard a voulu attirer notre attention. J'ai fait plusieurs fois cette opération. Et d'accord en cela avec M. Rocbard, j'ai toujours fait d'emblée l'ostéotomie du péroné. Mais j'ai fait l'ostéotomie oblique de cet os, de façon à faire glisser les deux fragments péronéaux sans être obligé de faire une résection de l'os.

Une nouvelle méthode d'entéro-anastomose.

M. Picqué. — M. Souligoux, prosecteur à la faculté, a eu l'idée de pratiquer l'entéro anastomose par un procédé nouveau, analogue aux anastomoses pathologiques des anses intestinales auxquelle président des phénomènes de péritonite adhésive, qui a pour but de ne pas ouvrir immédiatement les intestins, et d'éviter, par suite, les chances d'infection de la cavité péritonéale.

Le procédé de M. Souligoux est basé sur les faits suivants :

On comprime avec un instrument de pression les portions de la paroi intestinale que l'on veut anastomoser ; la pression s'exerce sur les trois tuniques de l'intestin, les surfaces comprimées ont une forme losangique ayant quatre centimètres de long sur deux ou trois de large. On détermine ainsi les surfaces qui seront destinées à se sphacéler. On badigeonne avec de la potasse caustique les surfaces ainsi comprimées. Puis on fait des sutures séro-séreuses, en surjet, et l'opération est terminée. Au bout de 48 heures, les surfaces sphacélées s'éliminent et dès lors la communication des intestins anastomosés est établi d'une façon très suffisante et très solide.

M. Souligoux a fait ainsi de nombreuses expériences sur les chiens. Il a même, par son procédé, pratiqué des gastro-entérostomies et des cholécysto-entérostomies. Dans cette dernière opération, il a tenté d'établir une véritable ampoule de Vater au niveau de l'anastomose afin d'éviter les chances d'infection des voies biliaires.

J'ai confié deux malades de mon service à M. Souligoux. M. Souligoux a appliqué dans les deux cas son procédé et a obtenu deux succès. Chez un premier malade atteint de cancer du côlon descendant et présentant de l'obstruction intestinale, on a bouché ainsi l'iléon et l'S iliaque; trois jours après l'opération, le malade avait une selle abondante et ne vomissait plus. Chez un second malade atteint de cancer du pylore et de cachexie consécutive, enfin ne pouvant plus se nourrir, la gastro-entérostomie a été suivie d'une reprise de l'alimentation dès le second jour. Je n'ai plus de nouvelles de ce malade depuis qu'il a laissé mon service.

Il y a quelques jours, nous avons opéré d'urgence un troisième malade analogue au premier. Ce malade est mort le lendemain de l'opération.

M. Reclus. — A l'appui de ce que vient de dire M. Picqué et en faveur du nouveau procédé de M. Souligoux, quoique le malade opéré, dans mon service, par M. Souligoux lui-même soit mort, je dois citer le fait suivant :

Il s'agit d'un malade atteint d'un cancer du pylore *très avancé* que l'on a descendu d'un service de médecine dans ma salle le 2 juillet. Ce malade ne pouvait plus rien prendre par la bouche, et depuis dix-huit jours on le nourrissait par le rectum. M. Souligoux a fait la gastro-entérostomie en *vingt minutes* exactement. Les suites immédiates de l'opération ont été excellentes ; le lendemain, qui était un vendredi, la température était à 37°; le samedi aussi; le dimanche elle se maintenait à 37°, et l'on entendait par l'auscultation, au niveau de la région opérée, un bruit de glouglou indiquant bien que la communication cherchée avait été obtenue. De plus le malade eut, ce jour-là, des vomissements bilieux et fit une selle.

Mais le mercredi la température s'éleva le matin à 37°7 et le soir à 6 heures elle atteignait 39°. Le malade mourut bientôt en présentant une tuméfaction au niveau de la parotide. Il s'agissait d'une parotidite suppurée.

L'autopsie a montré que la région abdominale ne présentait aucune trace de rougeur, ni d'adhérence au niveau de l'anastomose. Cette anostomose était parfaite. Il y avait même, autour d'elle, une sorte de flostème de renforcement. Vu par l'estomac, l'abouchement était parfait, sauf en un point où persistait un mince pédicule de muqueuse de 1 à 2 millimètres de longueur et non encore éliminé.

Je crois donc pouvoir dire que la mort de l'opéré de M. Souligoux n'a pas été déterminée par l'opération, mais bien par l'état de cachexie trop avancée à laquelle ce malade était parvenu. Les médecins nous l'ont envoyé trop tard ; nous n'aurons jamais de succès et tous nos efforts seront vains tant que les médecins retarderont l'opération pour le cancer du pylore comme ils retardaient autrefois la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage.

Je n'ose dire à M. Souligoux qu'il a eu tort de faire donner de l'éther à son opéré et que celui-ci a pu succomber au choc de l'anesthésie. Mais pour ma part, j'aurais évité d'endormir mon malade, j'aurais utilisé la cocaïne comme je l'ai fait maintes fois pour des gastrostomies.

M. Chaput. — J'ai suivi avec un grand intérêt les travaux de M. Souligoux. Il vient de nous donner plus qu'un procédé mais une méthode nouvelle, absolument originale, et qui a une portée considérable. On pourrait l'appeler la méthode d'entéro-anastomose sans ouverture de la muqueuse. Elle a enfin l'avantage d'être d'une rapidité incomparable et d'une bénignité plus grande encore, puisqu'elle favorise plus que les autres procédés la formation des adhérences péritonéales.

De mon côté, j'ai cherché à modifier légèrement le procédé de M. Souligoux et j'ai surtout cherché à supprimer l'instrument à l'aide duquel on comprime les anses anastomosées et la potasse caustique.

Pour l'entéro-anastomose, je fais rougir au feu une pince à long mors avec laquelle je comprime les deux anses, aux points que je veux anastomoser, puis je fais simplement la suture séro-séreuse.

Pour la suture circulaire de l'intestin, je fais d'abord une ligature en masse des deux extrémités de l'intestin, puis je pince. de même, au fer rouge, les deux petits moignons intestinaux, et je lie ensuite par la suture séro-séreuse.

Pour la gastro-entérostomie, je suis une technique un peu spéciale, non vis-à-vis de l'intestin, mais vis-à-vis de l'estomac dont les parois sont plus épaisses que celles de l'intestin. Je fais une incision elliptique au bistouri de la séreuse et de la musculeuse de la paroi stomacale, je conserve la muqueuse et c'est elle que je cautérise ensuite au fer rouge. Enfin je fais la suture séro-séreuse.

J'ai fait ainsi sept expériences sur des chiens qui ont tous guéri.

Je ferai maintenant quelques réserves sur la cholécysto-entérostomie par le procédé de M. Souligoux. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de tenter la création d'une ampoule de Vater, comme il a fait, pour prévenir les dangers d'infection des voies biliaires et je ne crois pas que ce qu'il a fait remplisse vraiment le but qu'il a cherché.

M. Routier. — Le sphacèle pourrait être incriminé de la mort du malade de M. Reclus. Les malades opérés par le procédé de M. Souligoux sont donc tout aussi exposés que les autres à succomber au choc ou à la septicémie. Théoriquement donc, je ne vois pas que ce nouveau procédé nous protège contre la septicémie. Il me semble, en outre, que, au point de vue de la protection du péritoine, le bouton de Murphy est plus sûr. Enfin, sur certains estomacs très dilatés, cette méthode opératoire me paraît impraticable.

M. Reclus. — Si les observations comme la mienne se répétaient souvent, il faudrait évidemment tenir compte de ce que vient de dire M. Routier. Je me souviens d'ailleurs avoir lu dans un mémoire médical des cas d'embolie septique du cerveau à la suite de sphacèle. Il faut donc, je le veux bien, admettre le point d'interrogation de M. Routier. Mais je ne suis pas de l'avis de M. Routier quand il dit que le bouton de Murphy protège mieux le péritoine.

M. Reynier dit que le procédé de M. Souligoux n'est pas applicable quand il s'agit d'une suture circulaire de l'intestin. Car il faut attendre 48 heures pour que l'eschare tombe et que la communication s'établisse. Or, il est dangereux d'obstruer l'intestin pendant un temps aussi long.

Torsion du cordon spermatique avec étranglement du testicule.

M. Legueu lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

a) La cause de l'étranglement du testicule réside souvent dans la torsion du cordon ;

b) Il est possible de diagnostiquer cet étranglement avec l'étranglement herniaire ;

c) L'opération qu'il faut faire, de suite, consiste à détendre le cordon, à fixer le testicule au fond des bourses et à faire la cure radicale de la hernie concomitante.

M. Félizet, rapporteur.

Présentation de malade.

M. Marchand présente une malade qu'il a opérée d'une lithiase vésiculaire par cholécystectomie avec drainage.

Traitement des accidents névritiques à distance par la compression forcée.

M. Delorme présente un malade qui avait des accidents de cette nature. Il avait subi déjà une amputation du poignet. On lui proposait encore des amputations successives du membre douloureux. M. Delorme a fait sur ce malade huit séances de compression et aujourd'hui le malade présente un moignon qui n'a presque plus de rougeur et il ne souffre plus.

M. Quénu. — Il y a un excellent procédé pour guérir ces accidents névritiques. C'est de faire la névrectomie à distance. J'ai obtenu par ce procédé des succès qui datent de dix-ans. Avec la compression, dont nous parle M. Delorme, j'oppose ce procédé, d'une manière absolue, aux amputations successives que je condamne formellement.

M. Schwartz. — Comment M. Delorme fait-il la compression ? Je l'ai essayée récemment chez un malade qui eut, à la suite d'une simple piqûre par fragment de verre, des accidents douloureux extraordinaires. Je n'ai obtenu aucun résultat. Je propose à M. Delorme de lui envoyer ce malade.

M. Terrier. — M. Charcot, qui avait souvent l'occasion de voir ces moignons douloureux, me fit un jour remarquer qu'il fallait tenir un grand compte du terrain sur lequel ces accidents douloureux se développaient. Charcot était opposé aux amputations successives. Il pensait que ces troubles étaient dus à une névrite ascendante consécutive à l'infection de la plaie chez un sujet prédisposé.

Il n'avait, enfin, aucune confiance dans la thérapeutique de ces accidents. Il prescrivait n'importe quoi et il me montra un jour une malade qu'il avait ainsi guérie avec du bromure de potassium. Donc, dire avec M. Delorme que la compression est une méthode curative absolue, avec mon ami Quénu que la névrectomie donne aussi des résultats absolus, ce sont là deux lois que, fidèle aux principes de mon maître Charcot, je ne saurais admettre. Le problème est malheureusement plus complexe. Il y a des cas qui guérissent tout seuls, il y a d'autres cas qui ne guérissent pas, quoi qu'on fasse. Et, je le répète comme M. Charcot me l'a dit, il y a lieu en cela de tenir un grand compte du terrain et de la prédisposition individuelle.

M. Quénu. — Je n'ai pas dit que la névrectomie fût infaillible.

Je suis d'accord avec M. Terrier pour dire que les névralgies sont souvent rebelles à nos efforts.

Mais je dis que dans les névrites à lésions peu étendues, la névrectomie me paraît être l'opération de choix.

M. Reynier. — Avec M. Terrier, je suis convaincu de l'influence du terrain dans la production de ces névralgies.

M. Delorme. — Je suis aussi partisan que mes collègues des opérations simples dans les cas dont nous parlons et même je suis partisan de l'absence d'opérations. Je ne veux donc point imposer mon procédé de compression forcée. Mais je dis que je commencerai toujours par elle, quitte à recourir ensuite à la névrectomie à distance, si la compression reste sans effet, tout en faisant remarquer que par cette névrectomie vous condamnez le membre à une paralysie sensitivo-motrice des territoires sous-jacents.

M. Schwartz m'a demandé comment je pratiquais la compression. Je le fais à l'aide du pouce et de l'index et en me faisant remplacer par un aide quand je suis fatigué. J'ai soin d'étudier auparavant les territoires les plus hypéresthésiés et c'est à leur niveau que je fais porter le maximum de compression. D'ailleurs, j'accepte le malade que M. Schwartz veut bien me confier.

A M. Terrier, qui est partisan des observations faites par M. Charcot, je dirai que les névrites ne s'observent pas toujours chez des sujets nerveux. De plus, elles se voient aussi chez des individus dont les plaies n'ont pas suppuré et les accidents qu'elles déterminent ne sauraient être rapportés à de l'hystéro-traumatisme. C'est donc bien l'élément névrite qui joue le rôle principal.

Je ne suis pas exclusif pour mon procédé, mais je voudrais convaincre mes collègues de son efficacité et je déclare, néanmoins, que si mon procédé ne me donnait pas ultérieurement les résultats qu'il m'a donnés jusqu'ici, je n'hésiterais pas à l'abandonner.

M. Quénu. — Il n'est pas nécessaire qu'une plaie suppure pour que la névrite se produise. Il suffit d'un fil qui n'a pas

réuni par première intention. Telle fut l'une de mes opérées d'amputation de cuisse dont plusieurs points de suture cédèrent sans suppurer et à qui je dus faire, plus tard, une névrectomie pour des phénomènes douloureux disparus depuis.

Jean Petit.

Ordre du jour de la séance du 22 juillet 1896 :

1° *Discussion* : Sur le traitement du cancer du rectum (**M. Quénu**).

2° *Rapport* : Sur une observation de pied bot, par **M. Rochard.**

Rapport par M. Kirmisson.

3° *Communication* : Traitement des kystes séreux congénitaux du cou, par **M. Verchère.**

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet.

Note sur l'hyperplasie compensatrice dans la cirrhose alcoolique hypertrophique.

M. Hanot. — L'augmentation de volume du foie dans la cirrhose hypertrophique est le résultat d'un processus complexe : d'un côté, apparition de tissu anormal composé d'anneaux fibreux ; d'un autre côté, travées hépatiques hypertrophiées par places et tendant à l'orientation concentrique que l'on observe dans l'hépatite nodulaire.

J'ai fait récemment, dans mon service, l'autopsie d'un sujet mort accidentellement dans le cours d'une cirrhose hypertrophique, et j'ai rencontré, en dehors des lésions indiquant une sclérose annulaire et périveineuse, un grand nombre de lobules composés de trabécules irréguliers à cellules hépatiques modifiées.

Il y a là un processus de régénération du tissu hépatique.

Cette régénération se fait tantôt par hyperplasie régulière, tantôt par hyperplasie irrégulière. Par hyperplasie régulière, j'entends la production de lobules composés de cellules hépatiques ordinaires et de trabécules présentant l'ordination radiée normale ; par hyperplasie irrégulière, la formation de lobules composés de cellules modifiées et de trabécules présentant une direction plus ou moins flexueuse.

Quant à la cause en vertu de laquelle le processus de compensation est plus intense dans certains foies alcooliques, moins intenses dans d'autres, je suis porté à admettre un état préalable originel, idiosyncrasique de la cellule hépatique réagissant d'une façon différente de la réaction habituelle, sous une même influence morbifique.

Les rayons de Rœntgen appliqués à l'étude du rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique.

M. Achard présente des photographies obtenues au moyen des rayons de Rœntgen et montrant les altérations du squelette des pieds chez un sujet atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique. Ce malade avait eu plusieurs blennorrhagies et chaque atteinte s'était accompagnée d'une poussée articulaire nouvelle. Actuellement, les pieds présentent des déformations considérables, surtout le pied gauche, dont le gros orteil recouvre les orteils voisins. De plus, il existe, de chaque côté, un point douloureux, très limité, à la partie antérieure du premier espace interosseux. L'exploration, par le palper, ne révèle rien en ce point, mais la photographie par les rayons de Rœntgen explique cette douleur, en montrant qu'il existe, en ce point précis, une végétation ostéophytique qui se détache du premier métatarsien.

Les articulations ne sont donc pas seules intéressées dans ce rhumatisme chronique blennorrhagique ; les os, le périoste, le sont également. On trouve, d'ailleurs aussi, chez ce malade, des tuméfactions de l'extrémité inférieure du cubitus, surtout du côté droit.

Enfin, ce n'est pas la seule forme de rhumatisme blennorrhagique qui puisse produire des lésions osseuses, et M. Achard a récemment observé une jeune femme qui, à la suite d'une arthrite blennorrhagique du genou, a conservé une hyperostose générale du fémur.

Phlébite fibro-adhérente des sinus de la dure-mère chez un nourrisson.

M. Marfan. — Un nourrisson est élevé au sein jusqu'à 2 mois ; à cet âge, il est soumis à un allaitement très mal réglé ; la diarrhée apparaît et demeure tenace ; quelques jours après le début de la diarrhée, surviennent des convulsions, de la rigidité des membres, et la tête commence à augmenter de volume. Peu à peu, se constitue une hydrocéphalie considérable et l'œil droit s'atrophie. L'enfant succombe, âgée de 13 mois, à une bronchopneumonie compliquée de varicelle.

A l'autopsie, on trouve, avec une hydrocéphalie ventriculaire considérable, une phlébite fibro-adhésive, oblitérante, du pressoir d'Hérophile, du sinus caverneux du même côté. Celui-ci était réduit à un cordon fibreux.

La phlébite adhésive des sinus est très rare : je n'ai pu trouver une observation absolument identique à celle que je présente. Probablement, au début, il s'est produit une thrombose des sinus et l'enfant, ayant survécu plus de 10 mois, cette thrombose a évolué, comme dans la phlébite vulgaire des membres ; une végétation fibreuse s'est substituée au caillot oblitérant.

L'effet de cette phlébite oblitérante des sinus a été une hydrocéphalie ventriculaire considérable ; je rappelle que Barrier a rapporté plusieurs cas de tubercules du cervelet comprimant le sinus droit et produisant l'hydrocéphalie chronique. Il faut noter aussi l'atrophie progressive du globe oculaire droit, en rapport avec l'oblitération du sinus caverneux du même côté.

L'origine de la phlébite me paraît résider dans la gastro-entérite. On sait, en effet, que les diarrhées graves, aiguës ou chroniques, sont parmi les causes de la thrombose des sinus chez le nourrisson.

Ce cas montre un des mécanismes par lesquels les gastro-entérites peuvent créer des lésions chroniques des méninges et de l'encéphale.

Un cas d'hypothermie remarquable au cours d'une hépatite subaiguë d'origine toxique.

M. H. Claude. — Un homme de 25 ans est apporté à l'hôpital dans un état de faiblesse extrême. Il est tombé sans connaissance sur la voie publique. Il peut à peine répondre aux questions qu'on lui pose. La figure est très pâle, les yeux sont cernés, la peau est froide, marbrée de plaques violacées, les extrémités cyanosées, le pouls est imperceptible, les battements du cœur sont à peine entendus. La température prise dans le rectum, le thermomètre étant enfoncé profondément, nous constatons alors par deux fois, à 2 heures et demie de l'après-midi, que l'instrument, éprouvé et contrôlé, marque 33°8. Sous l'influence d'une thérapeutique active, à 8 heures du soir, la température rectale monte à 35°9. La faiblesse est très grande, le pouls imperceptible.

Le lendemain, la température est de 37 degrés. On apprend du malade qu'il a subi, quelque temps auparavant, un commencement d'intoxication grave par des vapeurs d'acides minéraux. Ayant abandonné le métier qui nuisait à sa santé, il a vécu assez misérablement, ne souffrant pas de la faim, mais prenant une alimentation mauvaise.

On constate une légère teinte subictérique, une diminution notable des urines, avec albumine, urobiline, hypoazoturie. Les selles sont décolorées, glaireuses, le foie est douloureux spontanément et à la pression.

Les jours suivants, la température remonte, dépasse la normale, allant même un jour à 40°; mais l'état général est meilleur, les urines deviennent plus abondantes, le taux de l'urée remonte, la réaction des pigments biliaires apparaît. Au bout de trois semaines, le malade entrait en convalescence, les forces revenaient, l'albumine et l'urobiline disparaissaient, le foie restait un peu gros. Enfin, au bout de deux mois, le malade quittait l'hôpital. L'examen bactériologique du sang fut négatif.

La cause de tous ces accidents paraît relever d'une altération hépatique : la sensibilité du foie, la teinte subictérique, la décoloration des selles, la diminution des urines, l'hypoazoturie, l'urobilinurie, tous ces faits indiquent une lésion profonde du foie. Il semble que l'intoxication minérale, subie antérieurement, ait déjà altéré le foie ou l'ait prédisposé à une nouvelle intoxication probablement d'origine gastro-intestinale survenant alors; la cellule hépatique était profondément atteinte dans sa vitalité et des symptômes d'insuffisance hépatique se déroulaient tout à coup. Mais le foie malade répara ses lésions, la cellule hépatique reprit sa fonction et l'hépatite disparut complètement, en apparence, tout au moins.

M. Florand lit un travail sur un petite épidémie d'angines avec éruptions scarlatiniformes.

M. Catrin lit une note sur la toxicité de l'acide borique.

M. Gouraud lit, au nom de M. Robin, une note sur la pepsinurie normale et la pepsinurie pathologique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juillet.

Les courants à haute fréquence et les maladies.

M. d'Arsonval signale un cas de rhumatisme aigu traité avec succès et surtout trois cas de chancres mous soignés avec un bon résultat par les courants à haute fréquence à la clinique du professeur Gailleton (de Lyon) par M. Coignet. L'orateur a pu affaiblir l'invertine à 22° au dessous de zéro. Il a pu supprimer ainsi les causes d'erreur thermique. Vis-à-vis des toxines les atténuations obtenues par M. d'Arsonval ont toujours été minimes, comparées à celles des auteurs étrangers.

L'oïdium albicans, agent pathogène général.

MM. Charrin et **Ostrowsky** montrent que l'oïdium agit par ses sécrétions, car en injectant ces sécrétions aux animaux, on fait toujours varier la température, les urines, et l'on détermine la mort.

Ce parasite agit aussi par intoxication attribuable aux détériorations viscérales surtout rénales, intestinales, qui occasionnent une rétention relative des toxines internes : les phénomènes observés (myosis, convulsions, etc.), les coupes histologiques, la toxicité accrue du sérum établissent la réalité de ce processus.

Ce parasite agit enfin mécaniquement, directement, et les altérations sont surtout apparentes au niveau des foyers de pullulation.

Les orateurs ont vacciné en 1895 et obtenu l'état réfractaire, mais pour accroître la résistance, ils ont dû se servir de cultures vivantes, faibles, à doses progressives.

Influence exercée par la fièvre sur les actions chimiques intra-organiques et la thermogenèse.

M. Kaufmann donne lecture d'une communication qui établit que chez l'animal fébricitant en l'état d'abstinence, les phénomènes chimiques intra-organiques sont simplement exagérés, mais non modifiés dans leur nature.

Rôle du streptocoque dans la pathogénie de l'ecthyma.

MM. Bezançon et **Thibierge**, dans cinq cas d'ecthyma sur six, ont trouvé le streptocoque, souvent en cultures presque pures. Ce streptocoque a paru être analogue à celui de l'érysipèle.

La maladie pyocyanique chez l'homme.

M. Charrin présente, au nom de M. Bardon (de Brives), un nouveau cas de maladie pyocyanique qui montre combien sont multiples les conditions dans lesquelles se révèle ce virus dans l'espèce humaine.

Il s'agit d'une femme atteinte de mastite chronique avec écoulement d'un liquide verdâtre renfermant un bacille pur qui fournit un pigment vert, puis, à la longue, après une foule de passages, de la pyocyanine.

Propriétés hémostatiques de la gélatine.

M. P. Carnot montre que l'on peut assurer l'hémostase avec une solution de gélatine à 5 ou 10 0/0, à 35° environ.

MM. Henriquez et **Hallion** déposent une note dans laquelle ils montrent que l'injection salée dans l'intoxication diphtéritique pratiquée au moment où la pression artérielle est abaissée peut avoir de bons résultats.

MM. Picon et **Ramond** déposent une note dans laquelle ils expliquent comment, à l'aide d'aiguilles aimantées, ils ont pu sur le cadavre étudier la statistique des organes abdominaux sans cesse modifiée par l'état des organes voisins.

LES LIVRES

L'Hygiène, par le Dr Nobl.

Quand un livre scientifique est destiné à d'autres lecteurs que ceux qui en étudient spécialement le sujet, l'auteur se trouve en présence de deux écueils : le premier est celui de faire un livre trop technique, dont la compréhension sera difficile aux profanes; le second, de simplifier trop aux dépens de la vérité et de schématiser les faits au point de les rendre méconnaissables. Ces deux défauts nous paraissent avoir été évités dans le petit traité d'hygiène de la Bibliothèque du conducteur de travaux publics.

Les données générales de l'hygiène sur les milieux où l'homme est forcé de vivre, l'influence de ces milieux sur la santé, l'habitation, son organisation ; l'ameublement, le chauffage, l'éclairage, la ventilation ; les vêtements, l'alimentation ; les boissons, y font l'objet d'études simples et claires qui intéressent tout le monde.

L'hygiène du corps, les effets du travail physique et intellectuel y sont examinés ensuite. Les questions de l'alcoolisme et de ses tristes conséquences, des sports si en faveur de nos jours, des surmenages, etc., font l'objet de paragraphes spéciaux.

Dans un chapitre court et précis, l'auteur a ensuite tâché de donner une idée de l'organisation un peu touffue de l'hygiène publique en France. Il a exposé les divers services d'une ville : voirie, assainissement, égouts, épandage, service des eaux, service des marchés, abattoirs, etc. ; éclairage, désinfection, inhumation, crémation, logements insalubres, etc.

Le chapitre de l'hygiène industrielle et professionnelle aborde tour à tour des conditions générales de la vie des ouvriers, les maladies et les accidents pouvant résulter du travail. L'employé de bureau, cet ouvrier d'un autre ordre, qui, lui aussi, a professionnellement sa santé menacée, n'est pas oublié et son hygiène fait l'objet d'un paragraphe spécial.

L'ouvrage se termine par les secours et les premiers soins à donner, en cas d'accidents, aux malades et aux blessés; mais l'auteur a su ici maintenir ses conseils dans des limites raisonnables. Loin de tenter l'œuvre impossible et dangereuse de beaucoup qui,

en quelques pages, veulent apprendre à tous la médecine et la chirurgie, il a su borner ses conseils à tout ce que le public peut appliquer utilement et sans danger en cas d'urgence. Ce manuel a, en outre, l'avantage de ne pas être une compilation banale des traités plus importants d'hygiène ; l'auteur s'est efforcé de lui donner un caractère d'originalité. Il n'a pas hésité, en certains cas, à formuler des critiques sur les vices de notre organisation ou de nos habitudes actuelles.

Bien que destiné aux conducteurs de travaux, ce petit livre peut être intéressant et utile à tous sans exception.

Les jeunes gens y trouveront des conseils et un enseignement qui n'existe pas malheureusement dans nos programmes universitaires, où sa place serait plus indiquée qu'une foule de notions moins utiles dont on surcharge la mémoire de nos écoliers. Ce manuel d'hygiène est, en outre, très soigneusement édité et orné de figures nombreuses et originales. Une reliure en cuir souple en fait un véritable ouvrage de luxe qui aura sa place marquée dans toutes les bibliothèques.

Chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Guide pratique du diagnostic bactériologique des maladies microbiennes à l'usage des médecins-praticiens, par le Dr Trouessart, membre de la Société de Biologie. 1 vol. in-16, cartonné, avec 39 figures dans le texte, 4 fr.

Ce *Guide*, essentiellement pratique, a été rédigé pour répondre au vœu formulé par l'*Académie de Médecine*, dans sa séance du 30 juillet 1895, sur la proposition de M. Cadet de Gassicourt, et réclamant une diffusion aussi complète que possible des notions bactériologiques indispensables, à l'époque actuelle, pour faire de bonne médecine. Les délais forcés qu'exige le diagnostic bactériologique des maladies lorsqu'il est demandé, par correspondance, aux laboratoires spéciaux, prouvent que l'Académie a eu raison d'émettre le vœu *que tout médecin soit doublé d'un bactériologiste*. Comme le montre l'auteur, l'intérêt des malades et la dignité du médecin y gagneront également.

L'apprentissage des recherches bactériologiques est beaucoup moins long et moins difficile qu'on ne le suppose généralement. Dans ce *Guide*, on s'est attaché à simplifier, autant qu'il est possible de le faire sans rien sacrifier de la rigueur du diagnostic, le matériel indispensable à ce genre de recherches. Un bon microscope, quelques flacons de liquides colorants, un assortiment de tubes de cultures (que l'on trouve tout préparés dans le commerce), enfin une petite étuve à gaz ou à veilleuse, tels sont les accessoires peu encombrants qui permettront aux médecins les plus éloignés des grands centres scientifiques de faire de bonne bactériologie clinique et de préciser leur diagnostic.

Le nombre des microbes pathogènes est moins considérable qu'on ne le croit généralement : dans l'état actuel de la science, il ne dépasse pas 20 à 25 espèces. Il est donc facile de les bien connaître.

Dans la *Première Partie*, après avoir indiqué la composition du laboratoire simplifié que tout médecin peut installer, à peu de frais, dans son cabinet, l'auteur indique la *Technique générale* et la marche uniforme à suivre dans un examen bactériologique quelconque.

La *Deuxième Partie* (*Technique spéciale*), la plus étendue, indique les méthodes particulières à chaque genre d'examen, en prenant successivement les divers produits pathologiques que l'on doit recueillir au lit du malade (fausses membranes, crachats, liquide pleurétique, urine, selles, etc.), et résume en peu de mots les indications thérapeutiques qui ressortent de cet examen. De nombreuses figures schématiques intercalées dans le texte servent à faciliter le diagnostic.

La *Troisième Partie* donne un tableau systématique des espèces pathogènes, en indiquant les caractères essentiels qui permettent de les distinguer sûrement.

Bien que spécialement destiné aux praticiens éloignés des laboratoires d'enseignement, ce petit volume pourra rendre service aux étudiants qui fréquentent ces laboratoires et tenir lieu de *Memento* clair et précis à ceux qui préparent la seconde partie du troisième examen de doctorat.

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Le venin des serpents. — *Physiologie de l'envenimation ; thérapeutique des morsures venimeuses, par le sérum des animaux vaccinés*, par le docteur A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Toutes les personnes que la question des venins de serpents et du traitement des morsures venimeuses intéresse, soit au point de vue de la science biologique pure, soit au point de vue pratique, trouveront dans ce petit livre une sorte de synthèse des beaux travaux que le docteur A. Calmette a effectués depuis cinq ans sur ce sujet, tant à Saïgon qu'à l'Institut Pasteur de Paris.

L'auteur a étudié les venins en leur appliquant les méthodes dont l'école Pastorienne avait fait usage pour l'étude des poisons microbiens.

Après un exposé très complet de la physiologie de l'envenimation et de l'état actuel de nos connaissances sur la composition chimique des venins, le Dr A. Calmette résume ses recherches expérimentales sur diverses substances qui peuvent être utilisées comme antidotes du venin.

Il montre que seuls, l'hypochlorite de chaux et le chlorure d'or, dont il a préconisé l'emploi dès 1892, présentent des garanties d'efficacité suffisantes.

Il relate ensuite ses expériences si importantes et actuellement connues de tout le monde sur l'immunisation artificielle contre le venin des serpents, sur les propriétés antitoxiques du sérum des animaux vaccinés et sur celles du sérum des animaux naturellement réfractaires.

Il démontre enfin que le sérum du cheval immunisé contre le venin, — sérum qui est aujourd'hui préparé en grand par l'Institut Pasteur de Lille. — est très nettement curatif des accidents produits par l'envenimation. et que son emploi doit être généralisé le plus vite possible dans les pays comme l'Inde, l'Australie, l'Afrique du Sud et certaines régions des deux Amériques où, chaque année, les serpents venimeux font de nombreuses victimes

Examen pour le grade de médecin auxiliaire, de médecin aide-major de réserve et de pharmacien, précédé d'une préface contenant les renseignements sur les convocations des dispensés de l'article 23. — *Questions posées par MM. les examinateurs*, recueillies par André Lucas. Prix : 1 fr. 25.

Le docteur Latour a, pour tout ce qui concerne les examens de doctorat, recueilli et documenté les questions posées par MM. les examinateurs dans les différentes épreuves.

Les étudiants ont pu apprécier combien de services rendent, en dernière heure, ces groupements qui familiarisent avec les exigences des examinateurs.

Un semblable recueil manquait pour les candidats au grade de médecin de réserve. Il nous a paru utile de combler cette lacune au moment où, les cadres constitués, l'épreuve qu'ils ont à subir devient véritablement sérieuse. En outre, les examens ne sont pas publics.

Le livre publié par MM. Petit et Collin contient toutes les matières du programme. Il n'y manque que la décision ministérielle destinée à remplacer la circulaire du 7 octobre 1890 qui fixe définitivement « les conditions auxquelles les étudiants en médecine accompliront leur service ».

Des affiches posées chaque année dans les hôpitaux indiquent les dates de l'examen et d'ouverture d'un cours préparatoire qui a lieu à l'hôpital Saint-Martin pour les candidats de Paris.

Chez A. Maloine, place et rue de l'Ecole-de-Médecine, 21-23-25 Paris.

Des angines couenneuses non diphtériques, considération sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement, par le docteur Dufaud, médecin-major de 2e classe. — 1 vol. in-18 : 1 fr. 50.

Comme l'indique le titre, il n'est question dans ce mémoire que des angines couenneuses non diphtériques. Le nombre en est élevé, puisque M. le professeur Dieulafoy, dans la séance du 2 juillet 1895 à l'Académie de médecine, a montré que leur proportion est à peu près de 36.6 0/0 des angines couenneuses en général.

La différence de diagnostic et aussi celle de traitement entre les angines couenneuses de nature diphtérique et celles qui ne le sont pas, rendent le diagnostic différentiel de ces deux variétés d'angines extrêmement important. Dans les grands centres pourvus de laboratoires de bactériologie, ce diagnostic peut le plus souvent être pratiqué avec efficacité, mais la majorité des praticiens se trouvent privés de cette ressource.

L'auteur, en faisant l'historique des angines couenneuses non diphtériques, met en relief les signes cliniques qui peuvent les faire distinguer des angines diphtériques. Malheureusement, il arrive trop souvent que ces deux variétés se trouvent mélangées par suite de l'intervention des associations microbiennes, et le diagnostic différentiel, même lorsqu'il est fait bactériologiquement, devient incertain. Une angine couenneuse, de quelque nature qu'elle soit, présente un double danger pour le malade : l'obstruction des voies aériennes par les produits membraneux et l'infection générale de l'organisme. Contre le premier de ces dangers, nous possédons la trachéotomie ou le tubage du larynx ; au second, nous pouvons opposer les injections de sérum. On a une tendance manifeste aujourd'hui à abuser de l'emploi du sérum. M. le docteur Dufaud s'élève contre cet abus qui est préjudiciable à la méthode même de la sérothérapie et qui peut le devenir aussi aux malades. Les angines couenneuses communes marchent naturellement vers la guérison. Lorsqu'elles rompent avec cette tendance, c'est qu'une complication est survenue. Il s'agit alors le plus souvent de l'intervention de la diphtérie. Se basant sur les observations de M. Martin qui juge le degré d'infection du malade et, par conséquent, celui du danger qu'il court à l'intensité de la température, l'auteur de ce livre propose de n'avoir recours à la sérothérapie que lorsque la température dépasse un certain chiffre. Hors ces cas, les moyens ordinaires doivent suffire. Cette investigation est à la portée de tous les praticiens et répondra à l'immense majorité des cas.

En un mot, le mémoire de M. Dufaud est fait surtout pour les praticiens qui ne peuvent pas baser la direction de leur thérapeutique sur un examen de laboratoire. Il faut penser que c'est le cas le plus répandu, et les indications contenues dans ce petit livre ne sont pas à négliger en attendant que d'autres plus précises puissent être formulées.

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

La coli-bacillose.

L'une des plus intéressantes découvertes contemporaines est celle du coli-bacille, cet hôte, habituellement inoffensif, du canal intestinal, qui peut, à certaines heures graves, devenir l'agent de la toxémie stercorale et des auto-empoisonnements mortels. On retrouve, en effet, les traces meurtrières du coli-bacille dans toutes les gastro-entérites, y compris le choléra et la typhoïde ; dans les ictères et les hépatites, les néphrites, les angines, les suppurations les plus diverses : on a même décrit des méningites, des cardites, des pneumonies, dont le coli-bacille représentait l'évident élément microbien...

Comment, et à la faveur de quelles conditions, peut s'exalter, à ce point, la virulence d'une bactérie commune et banale ? Pourquoi, d'innocent, et même de bienfaisant (selon certains auteurs qui lui confèrent un rôle eupeptique), le *bacillus coli* arrive-t-il à sécréter des toxines aussi délétères que les éberthiennes elles-mêmes ? Comment, enfin, cesse et dégénère, pour arriver à l'innocuité absolue, son pouvoir pyogène et septicémique ? Autant de questions dont les réponses sont encore bien ténébreuses à tenter !

Tout ce que nous savons, c'est que l'intestin, irrité et desquamé par la constipation chronique et par la phlogose qui en résulte, se laisse pénétrer par le coli-bacille : de là, infection du sang. Nous savons aussi que la purgation saline bien dirigée, en éliminant et en détruisant les poisons pathogènes élaborés par le microbe, nous met à l'abri des accidents prodromiques des embarras gastro-intestinaux. Dominici a démontré, enfin, le rôle capital joué par les troubles hépatiques et les altérations biliaires, sur cette genèse de virulence anormale, dont le bacille du côlon est coutumier.

Pratiquement, ne faut-il pas conclure que la meilleure méthode préventive des méfaits bactériens réside dans la modification du milieu où le petit bâtonnet vit et se transmute ? Or, de l'avis unanime des premiers cliniciens du globe, le meilleur modificateur, dans ce sens, est l'eau naturelle d'Hunyadi Janos. Toute personne soumise à l'emploi régulier de cette eau sera abritée contre la coli-bacillose : *c'est là un fait d'observation*. Mais, c'est en vain qu'on chercherait un succédané dans les autres cathartiques : c'est en vain, même, que certaines sources hongroises, nouvellement venues à la lumière, cherchent à bénéficier de l'antique renommée de son aînée. *Ars tota in observationibus* : rien ne se fait de sérieux, en thérapeutique, sans le concours du temps et de l'expérience...

On est véritablement stupéfait, lorsqu'on envisage l'étendue du domaine pathologique du coli-bacille, « cet ennemi vigilant, caché dans l'organisme et prêt à profiter de ses moindres défaillances (Gilbert) » pour devenir septicémique et pathogène, dans les organes les plus lointains et qu'on dirait les plus étrangers à l'intestin. Pour moi, ces découvertes de la moderne microbie éclairent, d'un jour nouveau, l'admirable prescience de nos anciens (Murchison, Jules Guérin, etc.) vantant la prophylaxie typhoïde par les cathartiques habituels.

Non seulement le saprophytisme intestinal est, mécaniquement, enrayé par le balayage, *ab ore usque ad anum* ; non seulement, en recourant à l'eau eccoprotique et dépurative par excellence, Hunyadi Janos, nous réveillons les hypercrinies normales ; mais encore, nous exaltons singulièrement la puissance phagocytaire ; nous équilibrons l'action vasomotrice du tronc cœliaque, véritable cerveau du ventre. J'ai, dans mes *Esquisses d'hydrologie*, mis en lumière cette action complexe, si fidèlement curative lorsqu'on la compare aux illusions menteuses de l'antisepsie interne ! Après une ou deux purgations consécutives par l'eau d'Hunyadi Janos, on assiste à la diminution, à la disparition des acides sulfoconjugués. Aussi, les praticiens les plus éclairés recherchent volontiers cette action salutaire d'Hunyadi Janos, chez les ralentis de la nutrition, chez les arthritiques, qui font de la si mauvaise chimie intérieure ; chez les uricémiques, les dyspeptiques, les neurasthéniques, les urémiques, surtout, exposés, de par la viciation de leur milieu humoral, à tous les multiples périls de la toxémie coli-parasitaire. C'est ainsi qu'Hunyadi Janos justifie son beau titre d'*agent macrobiotique*, que lui délivrait un de nos maîtres !

En vérité, plus la pathologie s'éclaire et plus la thérapeutique traditionnelle se dégage, dans sa simplicité : *initium salutis benè moratus venter.*

Dr E. Monin.

ACTES DE LA FACULTÉ

DES 20 ET 21 JUILLET 1896

THÈSES DE DOCTORAT

Lundi 20 juillet, à 1 heure. — *M. Sigaut* : Contribution à l'etude médicale du seneçon; action emménagogue (MM. Fournier, Rémy, Gaucher, André). — *M. Virely* : Contribution à l'étude du cancer de la verge (MM. Fournier, Rémy, Gaucher, André). — *M. Ortiz* : Contribution à l'étude des fractures du corps du tibia (MM. Fournier, Rémy, Gaucher, André). — *M. Goujon* : Contribution à l'étude sur l'ictère de la période secondaire de la syphilis acquise (MM. Fournier, Rémy, Gaucher, André). — *M. Petitpas* : De l'indicanurie; étude pathogénique et séméiologique; valeur clinique (MM. Straus, Ch. Richet, Widal, Chassevant). — *M. Gamblin* : Du traitement ioduré dans les affections des voies respiratoires (MM. Straus, Ch. Richet, Widal, Chassevant). — *M. Chaix* : Traitement de l'urétbrite blennorhagique chez la femme par les tiges d'icbtyol (MM. Straus, Ch. Richet, Widal, Chassevant). — *M. Vernhes* : Du scorbut infantile compliqué ou non de rachitisme; maladie de Barlow (MM. Straus, Ch. Richet, Widal, Chassevant). — *M. Dubé* : De la grossesse et de l'accoucbement chez les primipares (MM. Pinard, Marcband, Varnier, Delbet). — *M. Siou* : Contribution à l'étude de l'hydramnios dite aiguë et de son traitement (MM. Pinard, Marchand, Varnier, Delbet). — *M. Monsiorski* : Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta (MM. Pinard, Marcband, Varnier, Delbet). — *M. Clavaud* : Hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires (MM. Pinard, Marcband, Vernier, Delbet). — *M. Floersheim* : Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate (MM. Tillaux, Reynier, Tuffier, Lejars). — *M. Dassonville* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'bypertrophie de la prostate (MM. Tillaux, Reynier, Tuffier, Lejars). — *M. Sassier* : Des bruits subjectifs de l'ouïe (MM. Tillaux, Reynier, Tuffier, Lejars). — *M. Touillon* : De la castration double dans l'bypertrophie de la prostate (MM. Tillaux, Reynier, Tuffier, Lejars).

Mardi 21 juillet, à 9 heures. — *M. Boudaut* : Le tétanos et la sérumthérapie (MM. Tillaux, Reclus, Delbet, Sebileau). — *M. Gaudeffroy* : Essai sur la coxalgie fistuleuse de l'enfant (MM. Tillaux, Reclus, Delbet, Sebileau). — *M. Parizeau* : L'arthrite blennorrhagique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce (MM. Tillaux, Reclus, Delbet, Sebileau). — *M. Poitout* : Contribution à l'étude du chancre syphilitique des paupières (MM. Tillaux, Reclus, Delbet, Sebileau). — *M. Dubost* : Etudes sur les complications septicémiques et pyohémiques des angines aiguës non diphtériques (MM. Straus, Charrin, Achard, Wurtz). — *M. Thomas de la Plesse* : Etudes sur quelques cas d'adénopathie trachéobronchique hérédo-sypbilitique (MM. Straus, Charrin, Achard, Wurtz). — *M. Ladevic* : Le traumatol; ses propriétés antiseptiques et thérapeutiques (MM. Straus, Charrin, Achard, Wurtz). — *M. Billard* : Traitement de la sciatique par la méthode hypodermique (MM. Straus, Cbarrin, Achard, Wurtz). — *M. Favre* : La docimasie pulmonaire; rôle de la putréfaction du poumon; étude médico-légale (MM. Pouchet, Landouzy, Chantemesse, Thoinot). — *M. Chassy* : De l'angine variolique; sa valeur diagnostique et pronostique; conclusions basées sur 819 observations personnelles (MM. Landouzy, Pouchet, Cbantemesse, Thoinot). — *M. de Caze* : Etude clinique sur la gangrène pulmonaire consécutive à la grippe (MM. Landouzy, Pouchet, Cbantemesse, Thoinot). — *M. Landel* : Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse de l'adulte (MM. Landouzy, Pouchet, Cbantemesse, Thoinot).

A 1 heure. — *M. Riffé* : Le typbus exanthématique à Paris en 1894 (MM. Proust, Dieulafoy, Roger, Thoinot). — *M. Choppin* : De la perforation dans l'ulcère latent de l'estomac (MM. Dieulafoy, Proust, Roger, Thoinot). — *M. Labat de Lambert* : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'épilepsie (MM. Dieulafoy, Proust, Roger, Thoinot). — *M. Sauvé* : L'bémoptysie des pneumoniques (MM. Dieulafoy, Proust, Roger, Tboinot). — *M. Lecœuvre* : De l'héméralopie; sur une épidémie d'héméralopie avec xéropsis épithélial; étude séméiotique (MM. Panas, Le Dentu, Campenon, Quénu). — *M. Prévost* : Contribution à l'étude de la prothèse osseuse, os décalcifié, plombage, prothèse proprement dite (MM. Le Dentu, Panas, Campenon, Quénu). — *M. de Castro Medeiros* : De la greffe de Thiersch (MM. Le Dentu, Panas, Compenon, Quénu). — *M. Bossan* : Contribution à l'étude clinique et expérimentale de l'ammoniurie (MM. Le Dentu, Panas, Campenon, Quénu). — *M. Masson* : Etude historique, clinique et thérapeutique de la dyspnée tonique (MM. Debove, Hutinel, Marie, Letulle). — *M. Sangline* : Contribution à l'étude de l'hépatoptose (MM. Debove, Hutinel, Marie, Letulle). — *M. Amelin* : Maladie de Landré-Beauvais chez l'enfant; rhumatisme chronique (MM. Debove, Hutinel, Marie, Letulle). — *M. Armand Lévy* : Du traitement des tuberculoses locales en général et de la coxalgie fistuleuse en particulier (MM. Debove, Hutinel, Marie, Letulle).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lesage, de Gennes et Courtois-Suffit.

Concours de chirurgie (Bureau central).

L'épreuve opératoire a eu lieu le jeudi 9 juillet : MM. Thiéry, 23; Cazin, 22; Guillemain, 23; Rieffel, 28; Souligoux, 28; Clado, 27; Chevalier, 28; Villemin, 28.

La cinquième épreuve (épreuve théorique orale) a eu lieu le vendredi 10 juillet : MM. Chevalier, 18; Rieffel, 20; Villemin, 18; Thiéry, 18.

NOUVELLES

Chemin de fer d'Orléans.

SAISON THERMALE

Le Mont-Dore, La Bourboule Royat, Néris-les-Bains, Évaux-les-Bains.

A l'occasion de la saison thermale de 1896, la Compagnie du Chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de la Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à La Bourboule, et *vice versâ* : 1re classe, 53 fr. 90; 2e classe, 36 fr. 85; 3e classe, 23 francs 75.

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui affectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versâ*.

BAINS DE MER DE BRETAGNE

Billets d'aller et retour à prix réduits valables pendant 33 jours.

Les hillets de Bains de mer sont délivrés immédiatement à Paris, à la gare d'Orléans, quai d'Austerlitz, dans les Bureaux-Succursales de la Compagnie ainsi que dans les agences de voyage.

Les gares ci-après, points de transit avec la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée :

Montargis, Malesherhes, Gien, Saincaize, Moulins, Gannat, Clermont-Ferrand, sont munies de hillets aller et retour pour les plages de la Bretagne.

En conséquence, les voyageurs en provenance du réseau de Lyon et en destination de ces plages trouveront, à leur passage aux gares de transit énumérées ci-dessus, les hillets de Bains de mer qu'ils peuvent désirer.

Il est également délivré des hillets de Bains de mer à toutes les gares et stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 30 25 Juillet 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

Il y a peu de différences entre le crémaster des ovidés et celui des bovidés.

Voici la description d'un des nombreux sujets que j'ai disséqués (vingt-cinq). J'y indiquerai les rapports du muscle avec les vaisseaux et les nerfs de la région.

Côté gauche (vue antérieure). — Le tendon du grand oblique a été décollé et coupé tout le long de son attache à l'arcade crurale. Le petit oblique apparaît. En haut, ses faisceaux contournent le flanc et vont se perdre sur une aponévrose qui ne paraît pas dans une vue antérieure de la région et qui s'attache à la colonne lombaire. Plus bas, un large faisceau, disposé en éventail, s'implante sur l'épine iliaque antéro-supérieure. En dessous, les fibres s'attachent au tiers externe du ligament de Poupart. Les premières se portent en haut et en dedans, les secondes sont transversales ; les troisièmes sont légèrement obliques en bas et en dedans. Toutes se dirigent vers le bord externe du grand droit.

Le bord inférieur du muscle s'incurve en une sorte d'arcade sous laquelle émerge du ventre le muscle crémaster, aplati. Juste au-dessous du faisceau qui s'implante sur l'épine iliaque, sortent en dehors du crémaster un nerf (rameau du plexus lombaire) accompagné d'une artère et d'une veine, venues des vaisseaux iliaques.

Sous le crémaster, près de son émergence, passe l'artère fémorale qui donne, un peu plus bas, la fémorale profonde d'où naissent, se dirigeant en dedans, deux artères honteuses extérieures. Sous le crémaster aussi, sur le côté interne de l'artère, passe un filet crural du génito-crural.

Le crémaster descend, oblique en bas et en dedans et couvre les éléments du cordon qu'il masque complètement ; il arrive ainsi jusqu'au niveau du testicule où il se termine sur la fibreuse, comme je le montrerai plus loin.

Côté droit (vue postérieure). — Le petit oblique a été sectionné verticalement ; le volet externe a été rabattu en dehors. On voit la face profonde du muscle, la région lombaire, la fosse iliaque. L'arcade crurale a été conservée.

La plus grande partie des fibres du petit oblique se perd sur un tendon large qui va s'implanter sur le sommet des apophyses transverses. Plus bas, d'autres s'attachent sur la face pelvienne de l'arcade crurale et empiètent sur l'aponévrose iliaque.

Les dernières, enfin, qui s'unissent pour former le crémaster, dépassant l'arcade crurale, s'insèrent sur l'aponévrose iliaque, un peu en dedans de l'artère iliaque externe. Rien ne sépare ces dernières de celles qui les précède : le crémaster fait partie intégrante du petit oblique.

En haut le grand abdominal et, un peu au-dessous, le petit abdominal émergent entre les faisceaux du psoas qui s'attachent au sommet des apophyses transverses et ceux qui s'attachent à la face antérieure de ces apophyses.

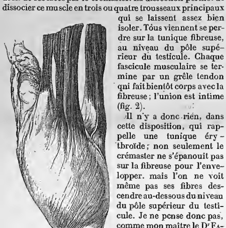
Plus bas, les filets d'origine du génito-crural sortent entre ces derniers faisceaux et ceux qui émanent des corps vertébraux.

On voit le génito-crural animer, par ses branches externes, les fibres inférieures du petit oblique et le crémaster ; elles passent toutes en avant de l'artère circonflexe-iliaque. Plus en dehors, un autre rameau du plexus lombaire passe en arrière d'elle et descend, s'engageant en dessous de l'arcade crurale vers la face antérieure de la cuisse, emportant avec lui une petite artériole qu'il prend à la circonflexe.

Voici, maintenant, comment se termine en bas le cré-

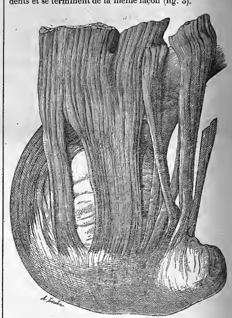
master des ovidés et des bovidés. J'ai déjà dit qu'il descendait vers le testicule, masquant les éléments du cordon.

Il est, en effet, formé d'un gros ventre placé tout à fait en avant du cordon spermatique, mais qui contourne. en s'amincissant beaucoup, le flanc externe de ce cordon; celui-ci est donc à peu près complètement entouré sur deux de ses faces par le crémaster. La dissection permet de dissocier ce muscle en trois ou quatre trousseaux principaux qui se laissent assez bien isoler. Tous viennent se perdre sur la tunique fibreuse, au niveau du pôle supérieur du testicule. Chaque fascicule musculaire se termine par un grêle tendon qui fait bientôt corps avec la fibreuse; l'union est intime (fig. 2).


FIG. 2.
Les faisceaux du crémaster sur le testicule du bélier.

Il n'y a donc rien, dans cette disposition, qui rappelle une tunique érythroïde; non seulement le crémaster ne s'épanouit pas sur la fibreuse pour l'envelopper. mais l'on ne voit même pas ses fibres descendre au-dessous du niveau du pôle supérieur du testicule. Je ne pense donc pas, comme mon maître le Dr FARABEUF (1), que le crémaster des grands animaux domestiques mérite de porter le nom de « vraie tunique érythroïde »; tout au contraire, c'est sur eux que ses faisceaux sont le plus ramassés et que le corps crémastérien est le mieux individualisé. GIRALDÈS (1), en 1840, avait déjà signalé cette disposition et montré à la Société anatomique, pièces en mains, « que chez les béliers et le cheval, le crémaster ne forme pas, ainsi que le prétendent beaucoup d'anatomistes, des anses qui contournent le testicule, mais qu'il s'insère sur la membrane fibreuse qui enveloppe la tunique vaginale au niveau, à peu près, de la partie supérieure de la glande spermatique ».

β) **Chez les pachydermes.** — Sur le cheval, je n'ai pas pu étudier les insertions supérieures du crémaster, n'ayant pas eu de sujet tout entier à ma disposition. Le crémaster est un puissant muscle qui recouvre la face externe du cordon et empiète sur ses faces antérieure et postérieure, plus épais en arrière qu'en avant. Arrivé sur la fibreuse. il s'étale largement sur sa face externe et atteint presque le niveau du bord inférieur du testicule. La dissection le divise facilement en plusieurs faisceaux qui se réunissent vers le tiers supérieur du cordon en un gros ventre charnu. De ces faisceaux, les uns sont superficiels et ne s'attachent à la tunique fibreuse qu'à leur terminaison; là, ils se confondent avec elles par l'intermédiaire de petits tendons qui pénètrent sa charpente. Les autres, beaucoup moins nombreux et très grêles, ne peuvent se voir que quand les autres sont rabattus; ils descendent, plats et minces, collés sur la fibreuse et comme taillés sur elle en léger relief: ils prennent fin sur un niveau plus élevé que les précédents et se terminent de la même façon (fig. 3).


FIG. 3.
Les faisceaux du crémaster sur le cheval.

4° Le crémaster et le gubernaculum chez l'homme.

A. CHEZ L'HOMME A L'ÉTAT FOETAL

On trouvera plus loin la description complète du gubernaculum testis; j'ai dû la laisser à une autre place pour ne pas détruire le plan général d'après lequel est conçu ce mémoire. Mais, en ce qui concerne les relations du crémaster et du gubernaculum, voici ce que j'ai vu.

Je dois dire, d'abord, qu'il est impossible de trouver trace du crémaster dans les bourses tant que le testicule n'a pas franchi le canal inguinal; sur ce point, mes nombreuses dissections confirment les conclusions des recherches de JULES CLOQUET (1). La formation du crémaster est donc la conséquence de la migration testiculaire. Mais par quel mécanisme? C'est ce que peut seul apprendre l'examen comparé de plusieurs fœtus avant, pendant et après le passage du testicule dans la filière inguinale.

Tant que le testicule est dans le ventre, on voit, au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, le guberna-

(1) L.-H. FARABEUF : Article *Crémaster*. In *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. T. XXIII, 1re partie, p. 4, à Paris, chez Masson.

(1) JULES CLOQUET : *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*, p. 15, chez Méquignon-Marvis, Paris, 1817.

culum s'engager soit au-dessous du bord inférieur du petit oblique et du transverse, soit au travers de leurs fibres, dans un orifice à bords ordinairement très nettement marqués, arrondis; là, le gubernaculum prend adhérence avec les faisceaux musculaires; mais chez la plupart des sujets on peut, avec la sonde cannelée, l'en séparer complètement. En tous cas, jamais l'on ne voit des faisceaux se détacher des muscles abdominaux pour aller, dans le ventre, à la rencontre du gubernaculum et l'envelopper. Lorsqu'on tire sur le testicule, comme pour le remonter vers le diaphragme, le gubernaculum s'évagine, se « désinvagine » d'une façon très évidente et amène avec lui, quand on exagère la traction, les faisceaux du petit oblique ou du transverse auxquels il adhère et qui rentrent alors dans l'abdomen pour y former comme un crémaster renversé. Quand, au contraire, on tire sur l'extrémité périphérique du gubernaculum par l'orifice extérieur du canal inguinal, le testicule descend, le gubernaculum s'allonge et entraîne avec lui les mêmes faisceaux musculaires qui « se déploient en arcades renversées », image du véritable crémaster.

Tant que le testicule est enfermé dans le canal inguinal, le crémaster n'est pas encore formé; on voit seulement, au-devant de lui et au-devant du gubernaculum, les fibres inférieures de la sangle abdominale, lâches et déjà dissociées, leur former comme une sorte de fronteau éraillé.

Enfin, quand le testicule apparaît dans la région inguinale et à mesure qu'il descend dans les bourses, alors le crémaster se développe; mais, fait à noter, la poche érythroïdienne, d'une part, descend plus bas que le testicule tant que celui-ci n'est pas au fond du scrotum, et, d'autre part, l'on peut très bien poursuivre une partie des faisceaux qui la constituent jusqu'à la queue du gubernaculum : là, il y a fusion entre les fibres striées et les fibres lisses, et au point où s'opère cette union, il existe, à l'extrémité gubernaculaire, une tuméfaction, une nodisité très apparente, image de celle que j'ai décrite sur les fœtus des ruminants.

De ces différentes constatations, il faut conclure : 1° que le gubernaculum ne reçoit aucun faisceau des muscles de l'abdomen; 2° que la formation du crémaster est exclusivement sous la dépendance de la migration extra-abdominale du testicule; 3° que les fibres de la tunique érythroïdienne — au moins une bonne partie — sont entraînées non pas par le testicule lui-même, mais bien par le gubernaculum qui les emporte dans l'invagination ou la rétraction progressive qu'il subit. Cette dernière considération a son importance : elle explique comment on peut trouver, sur un sujet atteint d'ectopie inguinale, un crémaster descendant, le long du cordon spermatique, au-dessous du testicule.

(A suivre.)

OBSERVATION CHIRURGICALE

Fistules uréthrales consécutives à un phimosis.

Par le Dr Charles Amat, médecin-major de 2e classe.

Si partant de ce fait démontré que tout rétrécissement entraîne des lésions dans la partie des voies urinaires située au-dessus de l'obstacle, on comprend la possibilité pour un phimosis de provoquer la dilatation de la cavité préhalanique de l'urèthre, de la vessie, des uretères, du rein même avec symptômes néphritiques, il est un peu moins aisé d'expliquer l'apparition de fistules uréthrales sous l'influence de la même cause, à moins qu'on n'admette qu'une coarctation réelle, mais insuffisante pour faire sentir ses effets jusqu'à l'extrémité supérieure de l'arbre urinaire, est capable d'entraîner la stagnation des urines et, comme conséquence, l'inflammation et l'ulcération des parois uréthrales qui finissent par éclater sous l'influence des efforts de miction répétés.

C'est par ce mécanisme que je crois pouvoir expliquer les fistules que j'ai eu l'occasion d'observer chez un de mes malades.

Phimosis congénital. — Fistules uréthro-périnéo-scrotales. — Débridement préputial. — Sonde à demeure. — Guérison.

Le 18 juin 1890, un de mes amis, enseigne de vaisseau en congé à R..., me faisait part du désir que son père avait de me consulter pour une affection des voies urinaires.

Dans la soirée, je voyais M. F..., âgé de 50 ans environ. Cet homme, de tempérament nerveux mais de constitution chétive, dont l'aspect craintif, chagrin et souffreteux m'avait maintes fois frappé, me déclara que son existence était empoisonnée par une maladie incurable ainsi qu'en témoignait l'impuissance à le guérir dont avaient fait preuve les médecins de R... successivement appelés à le soigner. Il ajoutait que s'il m'avait fait demander, ce n'était pas tant dans l'espoir, désormais perdu pour lui, d'être délivré de son mal que pour donner satisfaction au désir exprimé par sa femme et son fils de connaître mon avis.

Et comme je demandais depuis quand existait le trouble des voies urinaires auquel il était fait allusion, M. F... de répondre : « J'ai été malade toute ma vie, je ne me souviens pas d'avoir jamais pu uriner comme tout le monde. Avant d'entrer au lycée, mon lit était mouillé; au lycée, mon pantalon et mes draps avaient constamment l'odeur urineuse, bien que l'on me fît lever la nuit. Plus tard, des soins de propreté minutieux rendirent moins perceptibles les conséquences de cette espèce d'incontinence urinaire, mais à la condition d'uriner nuit et jour très fréquemment, et cela, en prenant la position accroupie, ce qui m'obligeait à ne pas m'écarter de chez moi. Depuis bientôt deux ans, la situation s'est aggravée par l'apparition de fistules; quand l'une se ferme, il survient en un autre point un abcès et une nouvelle s'ouvre. La vie de relations est devenue impossible; je passe mon temps à me garnir, et nuit et jour j'ai le vase en mains pour laisser échapper quelques gouttes d'urine. Je n'ai jamais été coureur de filles et pour cause. Je n'ai donc pas eu de blennorrhagie et ne présente pas, semble-t-il, de rétrécissement capable d'expliquer l'apparition de mes fistules. Les rapports conjugaux ont toujours été pénibles.

» N'ayant pas voulu accéder au désir de mon dernier médecin qui me proposait d'inciser mes trajets fistuleux, je me trouve depuis cinq à six mois sans soins médicaux proprement dits si ce n'est que je n'urine qu'en me servant d'une sonde. » Et il me montrait une boîte où étaient soigneusement conservées, enveloppées dans de la gaze, trois sondes en gomme rouge du n° 15 de la filière Charrière.

M. F... s'étant déshabillé et débarrassé d'un bandage triangulaire qui maintenait, au niveau de la région périnéo-scrotale, un tampon d'ouate hydrophile, je constate aisément l'existence de deux orifices fistuleux ayant l'apparence d'une végétation rouge, arrondie en cul-de-poule, située l'une sur la face postérieure du scrotum, l'autre à trois centimètres plus en arrière et à un travers de doigt à droite du raphé médian. A droite et à gauche de ce même raphé, il existe trois autres cicatrices déprimées mais fermées actuellement. L'exploration des trajets fistuleux est tentée

mais sans insistance, le stylet se trouvant arrêté à peu de distance de l'orifice cutané.

La verge, de volume moyen, présente un gland un peu réduit recouvert par un prépuce peu extensible qui le plaque presque, dont l'ouverture de sept millimètres de diamètre est au-dessus du méat en position franchement épispadiaque. Ce n'est que par une réelle manœuvre de glissement qu'on peut maintenir superposés les deux orifices.

Comme la sonde n° 15, dont se sert M. F..., passe avec une très grande facilité, je suis convaincu, moi aussi, qu'il faut rapporter à autre chose qu'à un rétrécissement urèthral l'existence des fistules. Comme je parle de la nécessité d'augmenter le calibre des sondes, M. F... me fait remarquer que l'étroitesse de l'orifice préputial n'en permettra bientôt plus le passage. Et ayant appris par l'entourage immédiat du malade qu'il fallait éviter de parler à ce dernier de toute intervention sanglante pour si minime qu'elle fût, je fis allusion à la dilatabilité des orifices et à ce titre fus autorisé à me pourvoir d'algalies de numéros supérieurs.

Le 19 juin au matin, je trouve le malade qui m'attend dans son lit. Il a pris un bain de siège. Son pansement de la nuit est imprégné d'urine.

Je passe aisément les n°s 16 et 17, mais comme le 18, légèrement serré par les lèvres du prépuce, semble fortement déplaire au malade qu'il faut ménager, il est convenu que le n° 17 sera désormais employé. Bain de siège, sondage toutes les deux heures, un cachet de 0 gr. 50 centigr. de salol.

Je fais part à Mme F... de mon étonnement de voir un phimosis que personne n'a songé à incriminer et à opérer. J'insiste sur la nécessité d'un débridement qui, à tous égards, me paraît devoir être extrêmement utile. Mme F... veut bien tenter de décider son mari à accepter mon intervention.

20 juin. — Pas de modification sensible dans l'état du malade. Le n° 17 passe avec une grande facilité. Le pansement est souillé comme la veille. L'urine rendue dans les 24 heures par la sonde laisse déposer un peu de mucus au fond du vase, mais ni la chaleur et l'acide nitrique, ni la liqueur de Fehling ne permettent d'y déceler l'existence de l'albumine ou du sucre.

M. F..., qui persiste à n'avoir aucune confiance dans le résultat final, estime qu'il a assez de ses fistules et refuse nettement de se soumettre à une opération dont le plus clair pour lui serait de le faire souffrir. Bain, salol et sondage comme la veille.

21 juin. — Les fistules donnent toujours mais en quantité peut-être un peu moindre. En tous cas, l'odeur urineuse est moins prononcée. Et comme M. F... constate un semblant d'amélioration, je lui expose la façon dont je comprends la formation de ses fistules, lui faisant comprendre la nécessité de me donner du jour afin de pouvoir mettre une grosse sonde à demeure. J'ajoutais au reste, qu'à mon avis, rien de mieux n'était à faire, estimant qu'en cas de refus de sa part je n'aurais qu'à me retirer en l'engageant à continuer, mais dès lors sans grand résultat, l'emploi de la sonde actuellement en usage.

22 juin. — Après m'avoir fait exposer avec détails l'opération que je proposais de lui pratiquer, M. F..., dont je crois avoir, depuis notre entretien de la veille, capté la confiance, veut bien accepter le débridement de son phimosis.

D'un coup de ciseau je fais une section de 18 millimètres allant du limbe préputial dans la direction du méat urinaire que je dépasse : les lambeaux latéraux saisis entre les mors d'une pince sont détachés à droite et à gauche par une section concave en dedans. Je délimite ainsi un orifice ellipsoïdal de 22 millimètres de long sur 18 de large découvrant et encadrant parfaitement le méat. Hémostase facile, dix à douze points de suture à la soie.

Passage immédiat des sondes 19, 20 et 21 ; mise à demeure de cette dernière. Le malade restera couché et toutes les deux heures videra sa vessie en enlevant le fausset de sa sonde.

23 juin. — Pansement périnéo-scrotal moins mouillé. Le malade a uriné par sa sonde.

24 juin. — Les fistules se tarissent; passage de la sonde n° 22.

26 juin. — Enlèvement des points de suture. Réunion à peu près parfaite : deux fils seulement ont cédé.

Le pansement non mouillé par l'urine présente deux petits points sanieux correspondant aux orifices fistuleux.

27 juin. — La sonde ne restera à demeure que pendant la nuit; le jour, le malade la passera toutes les deux heures pour vider sa vessie.

Il ne sort plus d'urine par les fistules.

29 juin. — Enlèvement définitif de la sonde à demeure. Mais on devra l'employer nuit et jour toutes les trois heures.

2 juillet. — Le malade attendra le besoin d'uriner pour se servir de la sonde.

Le 14 juillet, M. F... peut, pour la première fois, sortir avec des amis sans avoir la moindre obsession urinaire.

La miction est absolument volontaire, les fistules n'existent qu'à l'état de cicatrices. Son état moral s'est amélioré au point que M. F... est devenu méconnaissable. Et fin juillet, je le vois, lui qui ne sortait que très rarement, aller et venir maintes fois en divers points de la ville.

A ceux qui le félicitent de son bon état de santé, M. F... ne répond que par ces mots bien significatifs : c'est une résurrection !

Et c'était bien une résurrection, non démentie depuis sept ans, que ce retour à la vie normale après cinquante ans de vie pathologique.

Nulle observation ne saurait, ce me semble, démontrer mieux que celle qui précède la relation intime qui existe entre les effets et leurs causes. Pourquoi cet homme de 50 ans a-t-il eu son existence empoisonnée par de continuels accidents urinaires? Pourquoi ne pouvait-il pas pisser comme tout le monde? Pourquoi conserva-t-il de son enfance un souvenir si pénible? Pourquoi plus tard a-t-il fui les relations? Pourquoi avait-il ses fistules? Pourquoi était-il désespéré au point que la vie lui était devenue à charge? C'est parce qu'il était porteur d'un phimosis. Et ce phimosis congénital atrophique dont le rôle éminemment nocif avait constamment passé inaperçu, il a suffi de le faire disparaître pour voir s'évanouir comme par enchantement ce qui faisait le tourment de toute une vie. Les fistules ont guéri, la miction s'est régularisée et la santé, avec son cortège de bon appétit et de bonne humeur, a fait reprendre goût à cette vie dont le patient ne songeait qu'à médire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet. — Présidence de M. Monod.

Sur le traitement du cancer du rectum.

(*Suite de la discussion.* — Voir *Gazette Médicale*, du 27 juin 1896.)

M. Quénu. — Je n'ai pas l'intention de traiter à fond la question de l'intervention dans le cancer du rectum. Dernièrement, d'ailleurs, à l'occasion d'un rapport sur un travail de M. Gaudier (de Lille), — voir *Gazette Médicale* du 28 mars 1896, — j'ai insisté sur les indications et les contre-indications du traitement opératoire de ce cancer et sur les difficultés qu'il y a d'obtenir une asepsie complète au cours de cette opération; à

cette époque, j'ai encore insisté sur l'état vraiment défectueux dans lequel les malades se trouvent quand ils nous sont présentés et j'ai conclu, en définitive, que l'extirpation totale du rectum était une *opération grave*.

Comme vous le voyez, cette conclusion est en désaccord avec celle de M. Chaput. M. Chaput nous a dit que l'opération de Kraske n'était pas une opération dangereuse. Il a basé son dire sur sa statistique personnelle et sur l'interprétation de cette statistique.

Ma statistique personnelle est loin de concorder avec celle de M. Chaput et de me donner les mêmes satisfactions. Sur les treize malades que j'ai opérés pour cancer du rectum, neuf ont subi l'opération de Kraske, dix ont subi l'extirpation totale et j'ai eu cinq morts.

Il y a donc, dans mes opérations, une mortalité de 38 0/0. Evidemment, mes procédés opératoires se sont améliorés, dans ces derniers temps, et ils s'amélioreront encore, mais je n'en fais pas moins de grandes réserves sur le pronostic de ces opérations.

Il me semble, d'autre part, que la statistique que nous a donnée M. Chaput ne donne pas le droit d'être aussi rassuré que notre collègue sur la bénignité de l'extirpation du rectum. D'abord, M. Chaput nous a signalé dix faits sur lesquels deux ont trait à des cancers de l'anse oméga et doivent être éliminés. Restent donc huit cas sur lesquels il y a eu deux morts, ce qui élève la mortalité de M. Chaput à 25 0/0. De ces deux morts, l'une est attribuée par M. Chaput à l'anesthésie par l'éther qui me paraît devoir être plutôt rattachée à des accidents septicémiques. Néanmoins, je reconnais que cette statistique est assez satisfaisante.

Les statistiques données par les chirurgiens étrangers ne le sont pas davantage : celle de Bergmann donne une mortalité de 11.3 0/0; celle de Hochenegg une mortalité de 20 0/0; celle de Kœnig une mortalité de 23.5 0/0. Je ne suis donc pas en contradiction avec les chirurgiens des autres pays quand je dis que l'extirpation du rectum est une opération grave. Nous ne sommes donc pas en droit d'affirmer, comme le fait M. Chaput, que lorsque nous extirpons un rectum cancéreux nous faisons une opération bénigne et pas dangereuse.

Je ferai remarquer, d'ailleurs, que les statistiques de chacun de nous ne portent que sur un petit nombre de cas et qu'il suffit de deux ou trois cas particulièrement avancés et opérés quand même, pour vicier de suite les bases de notre statistique. Je profite de cette observation pour faire remarquer combien l'on hésite, en France, dans la clientèle, à faire un toucher rectal qui, s'il était fait de bonne heure, nous donnerait à opérer des malades dans de meilleures conditions de succès. J'ai vu, cette année, vingt cancers du rectum que l'on m'avait amenés trop tard, je n'ai pu en opérer que deux. Donc, un diagnostic précoce du cancer du rectum est nécessaire si l'on veut améliorer les résultats de l'intervention.

Les conditions qui doivent déterminer l'opération sont nombreuses. Il faut tenir compte du siège du cancer, de sa hauteur, de sa limitation, de ses adhérences, de l'envahissement des parois pelviennes, enfin, et surtout, de l'état général du malade. Nous savons tous combien les malades opérés du cancer du rectum sont sujets à une mort rapide par septicémie. Il y a à ce point de vue, dans le cancer du rectum, une cause de mort qui n'existe pas, du moins à un aussi haut degré, dans les autres cancers. A l'appui de ce fait, je tiens à vous signaler le cas suivant : J'ai enlevé chez un homme de 60 ans, paraissant très vigoureux, quoique très athéromateux, dyspeptique et surmené, une tumeur fixée à la muqueuse rectale par un pédicule. J'ai pu enlever cette tumeur après dilatation de l'anus, sans causer de dommages à la muqueuse rectale. J'affirme donc que j'ai fait une opération essentiellement bénigne, et, à la vérité, les suites immédiates de l'opération l'ont prouvé. Néanmoins, le malade est mort peu après, sans complications locales, avec un pouls petit et de la lypémanie. Je suis incapable de donner l'explication de cette mort. J'ai eu, une fois, pour un cancer de la langue au début, opéré très simplement par simple section au ciseau, sans hémorrhagie, et avec une réunion par première intention, j'ai eu, dis-je, des accidents absolument similaires. J'ai eu, encore, les mêmes accidents dans un cas d'hémorrhoïdes. Il y a donc, je le répète, quant à la chirurgie rectale et à la chirurgie des cancers du rectum en particulier, une cause inconnue qui fait que des sujets opérés meurent sans raison appréciable. Faut-il accuser de ces faits l'intoxication chronique d'origine intestinale ? Je ne le sais pas, mais voilà des conditions plus que suffisantes pour estimer que l'extirpation du rectum cancéreux n'est pas une opération bénigne.

Au sujet de la technique opératoire, je veux insister sur le moment où l'on doit faire l'anus iliaque. Il est entendu que cet anus iliaque, précédant l'extirpation du rectum, a pour but de préserver la plaie, occasionnée par cette extirpation, du contact des matières fécales, et de désinfecter, avant l'opération, le segment inférieur de l'intestin. Il est évident que ces conditions ne sauraient être remplies si l'on fait, avec Schell, l'anus iliaque et l'extirpation du rectum dans une même séance. Mais M. Chaput a tort de penser que deux jours d'attente suffisent pour obtenir ces résultats. Mon avis est qu'il faut attendre non pas deux jours, mais huit ou dix jours et même davantage. Pendant ce laps de temps, on peut désinfecter le rectum, et les malades, souffrant moins, sont considérablement améliorés par cette première opération.

Il y a un point qu'on n'a pas encore signalé et dont j'ai déjà tiré profit. C'est la possibilité, par l'anus iliaque, d'explorer, avec le doigt mis dans le segment inférieur de l'intestin, les parois pelviennes. J'ai pu ainsi, cette année, porter le doigt sur l'artère iliaque interne et sentir là des ganglions d'une dureté caractéristique qui étaient certainement atteints de cancer. J'ai déjà signalé, d'ailleurs, que ces ganglions de l'espace pelvirectal supérieur reçoivent les lymphatiques de la portion moyenne du rectum. Leur examen, par ces procédés, peut donc être d'une certaine utilité.

En terminant, au point de vue de la guérison définitive du cancer obtenue par l'extirpation du rectum, je dirai que malgré le cas personnel où la récidive ne s'est pas encore produite après cinq ans et demi, malgré le cas de M. Chaput où la récidive ne s'est pas encore produite après cinq ans, nous ne sommes pas en droit de dire que nous avons obtenu des guérisons radicales du cancer du rectum. Mais il s'agit, dans ces deux faits qui sont les plus beaux comme dans les résultats moins brillants qui, eux, sont les plus nombreux, il s'agit, dis-je, d'une simple survie abandonnée au hasard des distributions lymphatiques et de la généralisation cancéreuse.

M. Chaput. — Je maintiens que l'un de mes opérés est mort sous l'influence de l'éthérisation. Il a présenté des accidents pulmonaires qui sont en faveur de cette hypothèse.

Je ne suis pas du tout de l'avis de M. Quénu quand il conseille d'attendre dix ou douze jours après la création de l'anus iliaque avant d'extirper le rectum. Pendant ce temps-là, les malades s'affaiblissent. Selon moi, deux jours suffisent pour vider le rectum par l'anus iliaque et c'est là tout ce que nous devons en attendre.

M. Bazy. — L'examen de la cavité pelvienne par l'anus iliaque est une manœuvre rationnelle que j'ai employée une fois pour un cancer du rectum, et, par cet examen, ayant reconnu, comme M. Quénu, l'existence de ganglions dans le petit bassin, je me suis abstenu d'enlever le rectum.

M. Routier. — J'ai d'abord été enthousiaste pour l'opération de Kraske. Plus tard, mon enthousiasme a disparu, après quelques déboires. Aujourd'hui, devenu moins interventionniste, je me borne à traiter le cancer du rectum par un anus iliaque palliatif.

Je ne suis pas de l'avis de M. Chapnt quand il dit que la création d'un anus iliaque affaiblit le cancéreux du rectum. Au contraire, le malade est considérablement amélioré par cette opération. A ce point de vue, je partage absolument l'opinion de M. Quénu. L'anus iliaque, déjà prôné par Verneuil, fait merveille dans la plupart des cas. Je déclare, enfin, contrairement à M. Chapnt, qu'il est impossible de déterger le hout inférieur de l'intestin en deux jours, comme il le préconise.

M. Reclus. — Pour le traitement du cancer du rectum, ma doctrine est aujourd'hui hien assise. Si le cancer n'est plus mohile, je ne l'opère pas et je me contente de l'anus iliaque que M. Verneuil a défendu autrefois, et qu'il m'avait semhlé que tout le monde avait alors admis.

M. Tuffier. — J'ai eu des désastres à la suite de l'opération de Kraske et je suis aujourd'hui revenu aux seuls avantages de l'anus iliaque.

M. Quénn a raison d'insister sur les cas de malades morts dans le délire, presque aussitôt l'extirpation du rectum. J'ai vu des faits de ce genre et je ferai remarquer que l'on n'observe point de faits semblahles dans les cancers des autres viscères, dans ceux de l'utérus, par exemple.

Enfin, j'adopte l'exploration du pelvis par l'anus iliaque, comme le fait M. Quénu.

M. Berger. — A propos des cas de mort rapide signalés par M. Quénu, je dois dire que deux de mes opérés sont morts à la suite d'extirpation du rectum, avec tous les signes de l'intoxication iodoformée. Il y a donc, dans cette intoxication, étant donné la grande quantité d'iodoforme employée, une gravité inhérente à ce genre d'opération.

L'anus iliaque ne donne pas toujours les grands hienfaits que l'on dit. Un de mes malades n'a nullement été soulagé par cette opération.

M. Quénu. — M. Berger a raison de soulever la question de l'intoxication iodoformée. La muqueuse rectale a, en effet, un pouvoir absorhant considérahle. Mais, chez le malade dont j'ai parlé, j'avais employé de la gaze stérilisée et seulement un petit tampon iodoformé. Il n'y a donc pas lieu de généraliser les faits invoqués par M. Berger.

Je n'ai pas eu en vue, dans ma communication, d'ahorder le traitement palliatif du cancer du rectum par l'anus iliaque. A l'exemple de M. Chaput, je n'ai eu en vue que la cure radicale du cancer, l'anus iliaque n'étant qu'un acte préparatoire à l'extirpation du rectum.

Cependant, au point de vue palliatif, je dois dire que l'anus contre nature est lui-même insuffisant et qu'il faut lui associer les curettages du rectum, plusieurs fois répétés. Par ce traitement, j'ai pu, à diverses reprises, chez l'un de mes opérés, arrêter les hémorrhagies et donner chaque fois à mon malade un hien-être notahle. Je n'ai pas retiré de l'emploi du carbure de calcium les avantages que M. Guinard dit en avoir retirés pour le cancer de l'utérus.

M. Chaput dit que le curage du rectum n'est pas applicable à tous les cas et il confirme son peu d'enthousiasme pour l'anus iliaque en montrant que les malades ne s'en trouvent hien que tardivement.

Traitement du pied hot varus équin congénital invétéré.

M. Kirmisson lit un rapport sur une ohservation de M. Rochard portant ce titre. Le malade de M. Rochard avait 19 ans. M. Rochard a fait l'extirpation par le hord externe du pied, de l'astragale, du scaphoïde, du cuhoïde et des deux tiers antérieurs du calcanéum. Par cette tarsectomie, ainsi que le montrent les moulages du pied du malade avant et après l'opération, M. Rochard a obtenu un excellent résultat.

Il s'agit là d'un fait simple et sur lequel M. Kirmisson ne veut pas s'étendre longuement, étant donné que cette question du traitement du pied hot est mise à l'ordre du jour pour le prochain Congrès français de Chirurgie.

L'orateur insiste seulement sur ce fait que M. Rochard s'est hasé pour faire cette tarsectomie sur l'âge avancé de son malade. Sans rien objecter à la conduite de M. Rochard, M. Kirmisson signale des faits personnels et montre des photographies d'une malade, âgée de 16 ans, chez laquelle, dans un pied bot varus équin invétéré, la section des parties molles a suffi pour obtenir un redressement du pied qui s'est maintenu depuis cinq ans.

Renvoi de la discussion à la prochaine séance.

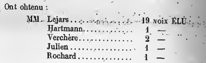
M. Verchère lit un travail sur le traitement des kystes congénitaux du cou avec prolongement dans le médiastin.

Rapporteur : M. Walther.

M. Chaput présente les pièces d'entéro-anastomoses obtenues expérimentalement chez le chien par le procédé qu'il a indiqué à la dernière séance. (Voir *Gazette Médicale* du 18 juillet 1896.)

Élection d'un memhre titulaire.

Ont ohtenu :



MM. Lejars	19 voix	ÉLU.
Hartmann	1	—
Verchère	2	—
Julien	1	—
Rochard	1	—

Jean Petit.

Ordre du jour de la séance du 29 juillet 1896.

Suite de la discussion sur le traitement du cancer du rectum (**M. Th. Auger**).

Rapport: Sur un cas de contusion du foie, par **M. Faure**. — Rapport par **M. Walther.**

Communication : Sur l'anastomose intestinale par le procédé de M. Souligoux, par **M. Picqué.**

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet.

De la fréquence du sarcôme en Algérie et de sa guérison par les empiriques indigènes.

M. Reclus donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Legrain (de Bougie), portant ce titre. M. Legrain fait remarquer que les épithéliomas vraiment indiscutahles ont été observés seulement sur des Européens. Il semhle que les indigènes soient réfractaires au cancer, et cette immunité a été mise sur le compte de la sohriété de ces peuples qui mangent peu de viande et surtout qui ne mangent jamais de viande de porc.

Viennent ensuite trois cas de sarcôme observés par M. Legrain, dont la cure radicale a été tentée chirurgicalement par lui, mais qui ont récidivé et n'ont définitivement disparu que par l'application, suivant la méthode empirique des médecins indigènes, d'un goudron extrait principalement du genévrier.

Sans contredire l'exactitude des faits, M. Reclus rappelle que certains sarcômes sont confondus, même sous le microscope, avec des masses tuberculeuses.

La paralysie arsenicale et les dangers de la médication par l'arsenic.

M. Lancereaux. — J'ai pu récemment porter le diagnostic de paralysie arsenicale en me hasant sur les caractères hien connus des paralysies périphériques d'origine toxique. Ces caractères sont les suivants :

a) Ces paralysies se localisent de préférence aux cordons nerveux des extrémités des membres et surtout aux cordons nerveux qui se rendent aux cordons extenseurs.

b) Elles déterminent l'atrophie des muscles affectés dont la contractilité est diminuée ou même abolie et donnent aux membres une attitude demi-fléchie.

c) Elles ont une symétrie à peu près parfaite dans leur distribution.

d) Elles ont une marche ascendante qui, des extrémités, gagne la racine des membres et le tronc.

e) Il y a concomitance de désordres subjectifs de la sensibilité générale précédant d'ordinaire le trouble moteur et comme lui parfaitement symétriques et localisés de préférence aux extrémités des membres.

f) Il y a des troubles vaso-moteurs ou trophiques, également symétriques et situés au niveau des extrémités.

La malade dont je vous parle avait été soumise à la médication arsenicale pour un psoriasis généralisé.

Elle a présenté au début l'aspect d'une typhique avec de la fièvre.

Ce fait est le second que j'observe à peu près dans les mêmes conditions.

Il faut en conclure que la médication arsenicale doit être donnée avec beaucoup de prudence et suspendue dès qu'il existe la moindre menace d'intoxication: céphalée, vomissements, diarrhée. Si à ces phénomènes s'ajoute un état fébrile sans cause appréciable, cela est une nouvelle preuve de l'intoxication par l'arsenic. Il faudra alors suspendre complètement l'arsenic, donner le régime lacté absolu, des bains, des frictions, des purgatifs, des diurétiques pour favoriser l'élimination du poison.

L'existence de sensations d'engourdissement, de picotement, etc., etc., aux extrémités des membres, étant l'indice d'une phase plus avancée et le signe précurseur de la paralysie, exige la plus grande surveillance. Il faudra alors ne pas craindre d'ajouter aux moyens thérapeutiques indiqués plus haut les lotions froides et plus tard, si la paralysie s'installe, l'électricité et la strychnine.

M. Duguet présente un malade complètement guéri d'une actinomycose bucco-faciale par l'application de glycérine phéniquée à 25 0/0 et des injections interstitielles de teinture d'iode.

M. François Franck lit un travail ayant pour titre : *Défense de l'organisme contre les variations anormales de la pression artérielle, des basses pressions artérielles.*

M. Clozier (de Beauvais) fait une communication sur *la toxémie des gastro-entéropathes.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juillet.

Sur quelques modifications de la méthode du tubage dans le croup.

M. Sevestre. — La communication que nous a faite M. Variot, dans la dernière séance, soulève quelques objections.

Je suis d'accord avec notre collègue pour admettre l'utilité d'un moyen propre à faire cesser le spasme qui cause les accès de suffocation, mais je crois que, dans une maladie aussi déprimante que la diphtérie, il faut éviter les préparations opiacées, comme la codéine. Pour mon compte, je préfère l'antipyrine et surtout les enveloppements froids.

Quant aux procédés que préconise M. Variot sous le nom de dilatation de la glotte et d'écouvillonnage du larynx, je ne crois pas qu'ils doivent être employés d'une façon systématique. Tous ceux qui ont fait un certain nombre de tubages savent que l'une des difficultés de cette opération résulte de l'existence d'un spasme prononcé; aussi, lorsque l'obstacle est franchi, lorsque le tube placé dans le larynx permet à la respiration de se rétablir, on n'a plus qu'une crainte, c'est de voir l'enfant expulser le tube. Pourquoi donc ne pas laisser le tube en place au moins pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, c'est-à-dire pendant la période où le spasme est surtout fréquent? Cela est tellement vrai que M. Variot, lui-même, reconnaît que la dilatation extemporanée de la glotte ne donnant souvent qu'une sédation peu prolongée du spasme, il faut chercher à rendre cette sédation définitive par des calmants du système nerveux. Notre collègue estime, du reste, que, chez les enfants au-dessous de deux ans, il est préférable de laisser le tube à demeure au moins vingt-quatre heures. Ces restrictions diminuent singulièrement l'importance de la méthode qu'il propose.

Des réflexions identiques me paraissent applicables à l'écouvillonnage du larynx, au moins en tant que méthode systématique. Dire d'avance qu'on va introduire un tube pour écouvillonner le larynx et enlever de parti pris ce tube pour ne pas le remettre me paraît une pratique un peu basardée. Telle n'est pas, du reste, la manière de faire de M. Variot, car, dans les observations qu'il rapporte, on a plus d'une fois laissé le tube à demeure, soit parce que l'enfant n'était pas soulagé suffisamment par un simple écouvillonnage, soit pour lui permettre de passer une nuit tranquille. MM. Variot et Bayeux disent, d'ailleurs, que l'écouvillonnage ne doit pas être pratiqué plus de trois ou quatre fois et que, s'il devient impuissant, il faut laisser le tube à demeure ou bien pratiquer la trachéotomie. Avec toutes ces réserves, je ne vois pas bien en quoi consiste l'écouvillonnage systématique du larynx. D'après M. Variot, l'écouvillonnage permettrait d'éviter les mouvements graves du tube laissé en place dans le larynx (obstruction du tube par les mucosités, troubles de la déglutition, ulcérations du cricoïde, etc.), mais je me demande si les tubages et détubages successifs n'exposent pas aussi les enfants à quelques inconvénients. Je remarque, en effet, que plusieurs des petits malades qui avaient subi ces manœuvres ont présenté, quelques jours après, des bronchopneumonies qui n'existaient pas à l'entrée. Ne pourrait-on pas dire que les infections secondaires ont été favorisées par les interventions répétées sur le larynx?

M. Variot. — L'emploi de la codéine à doses fractionnées n'a pas les inconvénients que suppose M. Sevestre, et, dans plusieurs cas déjà elle m'a permis de vaincre le spasme du larynx et d'éviter ainsi une intervention sanglante. Je persiste donc à en recommander l'emploi.

En ce qui concerne la dilatation de la glotte, elle me paraît sans danger, quand on la pratique, avec le tube d'O'Dwyer modifié, chez un enfant présentant encore une certaine résistance. On laisse ce tube quelques minutes et on le retire ensuite lorsque la respiration est régularisée. Par cette manière de faire, on évite les accidents qui résultent du séjour prolongé du tube dans les voies aériennes, et elle ne présente d'autre inconvénient que celui de forcer à remettre le tube lorsque la respiration s'embarrasse. Je ferai remarquer, du reste, que le traitement sérothérapique abrège notablement la durée de la diphtérie et qu'il n'y a plus besoin, par conséquent, de lutter contre la sténose laryngée aussi longtemps qu'autrefois.

Quant à l'écouvillonnage, je ne le pratique pas systématiquement comme le suppose M. Sevestre; j'ai eu soin de faire remarquer que ce procédé n'était indiqué que dans certains cas, par exemple quand on a diagnostiqué l'existence d'une membrane flottante dans le larynx.

Deux cas d'abcès tropicaux du foie.

M. Rendu. — Je viens d'observer deux malades qui étaient atteints tous deux d'abcès tropicaux du foie.

Le premier, un homme de trente et un ans, se plaignait d'une douleur vive dans la région du foie et offrait une teinte subictérique de la peau. Il ne s'agissait pas là d'un ictère par rétention de la bile, car les gardes-robes étaient colorées et les urines ne donnaient pas la réaction de Gmelin. L'examen de la région hépatique ne laissait aucun doute sur l'existence d'une hypertrophie du foie portant principalement sur le lobe droit de l'organe.

Supposant une suppuration intrahépatique, je pratiquai une ponction exploratrice et recueillis un liquide louche constitué par du pus dont j'ensemençai quelques gouttes sur un tube de gélose; elles ne donnèrent aucune colonie microbienne.

Il existait donc dans le lobe droit du foie une collection suppurée. S'agissait-il d'un kyste hydatique enflammé, d'un abcès dû à de l'angiocholite, ou d'un abcès tropical? C'est à cette dernière supposition que je m'arrêtai en raison des antécédents du malade. De 1884 à 1887, en effet, cet homme était resté au Tonkin et y avait été atteint successivement de fièvres intermittentes et de dysenterie. Revenu en France, il avait fait un grand nombre d'excès alcooliques à la suite desquels il avait dû entrer dans un hôpital, où on l'a soigné, dit-il, pour une congestion du foie. C'est seulement six ans après qu'à la suite d'un refroidissement il fut pris des accidents pour lesquels il fut admis dans mon service.

Je priai M. Routier d'opérer ce malade. Une incision fut pratiquée dans le huitième espace intercostal; il s'échappa près de 2 litres d'un pus séreux, grisâtre, n'ayant aucune odeur. Il ne fut pas nécessaire de réséquer de côtes ni de faire des sutures; le foie était soudé à la paroi par d'anciennes adhérences. M. Routier se borna à introduire dans la plaie de gros drains, après avoir fait un grand lavage de la poche avec de l'eau bouillie.

Les suites opératoires furent très bénignes et le malade quitta l'hôpital un mois après, absolument guéri.

Ma seconde observation présente une grande analogie avec la précédente: il s'agit d'un homme de 54 ans, ayant séjourné longtemps dans les pays chauds, mais n'ayant jamais eu ni fièvre intermittente, ni dysenterie. C'est dans les premiers jours de janvier dernier que ce malade commença à éprouver des malaises abdominaux, notamment une diarrhée glaireuse, non sanguinolente.

Au moment de son entrée à l'hôpital, je constatai chez lui une tuméfaction de la région hépatique; en outre, la palpation permettait de percevoir à ce niveau une fluctuation très nette, mais pas de frémissement hydatique. Une ponction exploratrice donna issue à du pus séreux, très fluide, qui se montra absolument stérile.

En raison de l'absence de fièvre, de l'excellent état général du malade et surtout de l'absence d'antécédents de dysenterie, je pensai plutôt à un kyste hydatique suppuré qu'à un abcès tropical et je priai M. Routier de vouloir bien intervenir. Une incision verticale pratiquée au niveau de l'hypocondre droit donna issue à un litre de pus grumeleux, de couleur café au lait. La poche de l'abcès était irrégulière et anfractueuse; il n'y avait pas trace de membrane kystique, ni de vésicules hydatiques. On sutura les parois de l'abcès à la peau, puis on draina après lavage à l'eau salée.

Les suites de l'opération furent des plus simples et le malade quitta l'hôpital, complètement guéri, au bout d'un mois.

Cliniquement, ces deux abcès se sont comportés de façon presque similaire: tous deux se sont développés lentement, insidieusement, sans éveiller jamais aucune réaction fébrile violente.

Cette apyrexie des grands abcès tropicaux n'est pas un fait exceptionnel: elle a déjà été signalée. Il est permis de se demander si ces formes apyrétiques ne répondent pas aux cas où le pus est stérile et amicrobien. Ce raisonnement n'est peut-être pas juste, car si le pus est stérile, cela ne veut pas dire qu'il ait été primitivement amicrobien, mais bien qu'il est devenu infertile par la mort des microorganismes. Tous les anciens abcès du foie sont stériles et pourtant on y a souvent signalé la présence de microorganismes visibles au microscope, mais ayant perdu leur vitalité ou leur virulence.

Ce qui ressort de ces faits, c'est que l'absence de fièvre ne doit pas être considérée comme un symptôme décisif pour éliminer l'hypothèse d'un abcès tropical.

Fistule œsophago-pulmonaire compliquant un carcinôme de l'œsophage.

M. Galliard communique l'observation d'un homme de 58 ans, sans antécédents héréditaires, qui éprouvait depuis quelques mois de la dysphagie; il ne pouvait avaler que des liquides et avait de fréquentes régurgitations. Ses repas étaient souvent interrompus par des quintes de toux suivies d'expectoration alimentaire. Il crachait du lait finement aéré.

Ce symptôme permit à l'orateur de diagnostiquer l'existence d'une fistule conduisant les liquides de l'œsophage dans les petites ramifications bronchiques. Après six semaines de séjour à l'hôpital, ce malade, qui avait refusé la gastrostomie, eut une syncope mortelle.

A l'autopsie, on trouva l'estomac rempli par un énorme caillot sanguin et un cancer occupant la petite courbure de l'estomac, le cardia et l'extrémité inférieure de l'œsophage.

Au fond d'une petite cavité creusée dans la paroi antérieure de l'œsophage, on découvrit l'orifice d'un trajet fistuleux aboutissant à la portion postéro-inférieure du poumon droit, qui présentait une série de petits abcès, mais pas d'infiltration cancéreuse.

Angine à streptocoques compliquée de péricardite mortelle.

M. Gouguenheim communique l'observation d'un malade qui entra dans son service pour une angine couenneuse à streptocoques, sans association de bacilles de Loeffler. Cette angine fut le point de départ, du côté des articulations de la clavicule, du côté de la plèvre gauche, du péricarde et du parenchyme pulmonaire gauche, d'accidents ressemblant à ceux d'une véritable fièvre continue.

C'est au moment où la température descendait et l'albuminurie disparaissait que le malade fut emporté brusquement par la péricardite purulente que révéla l'autopsie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 18 juillet.

Action des solutions minéralisées sur l'organisme.

MM. Charrin et **Desprez** ont étudié l'action, chez les animaux, des injections sous-cutanées de sérum artificiel et sont arrivés aux résultats suivants. Après ces injections:

Le taux de l'urée s'élève très légèrement ou se maintient à une dose moyenne assez forte. Ces injections tendent à élever la pression d'un demi-degré à un degré et la température rectale de quelques dixièmes de degré.

Tous les sérums, sérums de vaccinés, de sujets sains ont ces propriétés. Tous contiennent les principes minéraux des solutions de sérum artificiel. Il est donc possible que ces effets communs soient dus à des principes communs, et que des améliorations signalées dans les affections les plus disparates soient applicables à ce que ces composés influencent non ces affections qui varient mais l'organisme qu'on retrouve partout.

Modifications de la leucocytose dans les infections par les injections salines massives.

M. Claisse donne le résultat de ses recherches d'après lesquelles les injections salines massives ont pour action d'abaisser la leucocytose; d'autre part, M. Claisse a constaté dans un cas que le relèvement de la leucocytose précédait le retour des accidents infectieux.

Sur la présence du bacille d'Eberth dans l'eau, le sol et les matières fécales de sujets non atteints de fièvre typhoïde.

MM. Remlinger et **Schneider** ont trouvé dans le sol, l'eau et les matières fécales d'individus atteints de leucémie, d'impalu-

disme, de néphrite, c'est-à-dire de maladies autres que la fièvre typhoïde, chez des sujets n'ayant jamais eu la dothiénentérie, la présence d'un bacille identique au bacille d'Eberth, qui s'est montré pathogène pour le cobaye, mais contre lequel les injections préventives du sérum antityphique de Chantemesse ont toujours préservé les animaux.

On ne saurait donc préciser encore l'importance étiologique des bacilles d'Eberth retirés du sol ou de l'eau en dehors d'une épidémie de fièvre typhoïde, mais la présence du bacille d'Eberth dans l'intestin d'individus sains est un précieux argument en faveur de l'auto-infection de la fièvre typhoïde.

L'hyposulfite de soude comme contre-poison du nitrite malonique.

M. Heymans (de Gand) donne communication d'un travail d'après lequel l'hyposulfite de soude pourrait être considéré comme un véritable antidote du poison malonique, susceptible de détruire ce poison non seulement dans le sang, mais encore dans l'intérieur des cellules.

Action coagulante du liquide prostatique sur le sperme.

M. Gley signale ce fait que le sperme est coagulé chez le cobaye par le liquide prostatique. Il a pu reproduire cette coagulation *in vitro* en mélangeant ce sperme et le liquide prostatique recueillis séparément chez le cobaye. La chaleur à 70° supprime cette propriété du liquide prostatique. Ni les oxalates ni les peptones ne l'entravent.

Préparation d'un plasma pur et stable par simple centrifugation du sang d'oiseau.

M. Delezenne (de Montpellier) a pu obtenir par simple centrifugation du sang d'oiseau un plasma pur et qui, maintenu à la température ordinaire, restait parfaitement liquide pendant plusieurs jours.

LES LIVRES

Chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

L'antisepsie dans la pratique de la chirurgie journalière, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1896. 1 vol. in-16 de 300 pages, avec 88 figures, cartonné, 4 fr.

La méthode antiseptique est applicable partout, et le but de ce manuel est de chercher à montrer que, par des procédés très simples, ont est assuré d'arriver à des résultats pratiques qui ne laissent rien à désirer.

Ce livre de vulgarisation est surtout écrit dans l'espoir d'être utile au praticien isolé des petites villes et des campagnes, qui est souvent obligé de se servir exclusivement de ce qu'il trouve autour de lui. Ces ressources improvisées, choisies et adaptées avec à-propos, assureront le succès.

Chez Félix Alcan, éditeur.

Le Gonocoque, par le Dr Marcel Sée, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 360 pages, avec une planche hors texte, 10 fr.

Le gonocoque a été, dans ces dernières années, l'objet d'un grand nombre de recherches. Eparses dans des publications diverses, la plupart en langues étrangères, l'auteur a entrepris de les réunir après en avoir contrôlé une partie. Ses expériences personnelles ont porté principalement sur les méthodes de culture et l'ont conduit à la découverte d'un certain nombre de faits nouveaux.

Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première : *étude expérimentale*, M. Sée traite de la morphologie et de la biologie du gonocoque, résultant des examens microscopiques, des cultures et des inoculations ; dans la seconde : *étude clinique*, il passe en revue les différentes affections auxquelles on a pu assigner pour cause ce microbe : urétrite blennorrhagique et ses complications, blennorrhagie des organes génito-urinaires de la femme, blennorrhagie inoculée hors des organes génitaux, métastases gonorrhéiques, infection blennorrhagique généralisée, biologie du gonocoque dans l'organisme et son diagnostic.

Chez A. Maloine, place et rue de l'Ecole-de-Médecine, 21-23-25, Paris.

Le Parnasse hippocratique, *Recueil de poésies fantaisistes sur des sujets hippocratiques de genres divers, hormis le genre ennuyeux*, par le Dr Minime. Un beau volume in-8° cavalier sur papier de luxe de 284 pages ; 50 dessins originaux de Rohida, édition de bibliophile tirée à petit nombre, 1896. Prix : 10 fr.

Il y a longtemps que le chroniqueur Minime avait annoncé une nouvelle édition de son Parnasse qui était épuisé depuis longtemps. Sans craindre les foudres du sénateur Bérenger, il travaillait silencieusement à enrichir cette collection célèbre qui avait fait les délices de plusieurs générations médicales ; mais il a eu la bonne fortune de s'adjoindre cette fois un collaborateur dont le crayon fin et satirique a merveilleusement illustré les poésies chères aux enfants d'Hippocrate : 50 beaux dessins de Rohida donnent un caractère vraiment artistique au Parnasse du Dr Minime.

Afin que nul n'en ignore, Minime a mis dans sa préface que son livre ne s'adresse qu'aux disciples d'Hippocrate et que le premier devoir de la mère sera d'en défendre la lecture à sa fille.

Le chroniqueur reconnaît franchement que quelques-uns des contes contenus dans ce modeste recueil sont grivois, anacréontiques ou gaulois, mais comme ils n'ont pas d'autre prétention que de servir de passe-temps à ses confrères et à faire disparaître les nuages qui obscurcissent parfois le front des nobles disciples d'Hippocrate, il espère que tous ceux qui aiment la gaîté l'approuveront et l'excuseront en faveur de l'intention.

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Mémoires de Chirurgie. Tome VI. *Blessures des vaisseaux sanguins. Hémorrhagies, hémostase*, par le Dr Verneuil, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°, 15 fr.

Dans ce volume consacré aux blessures des vaisseaux sanguins, aux hémorrhagies et à l'hémostase, M. Verneuil a réuni ses travaux et ceux de ses élèves relatifs aux hémorrhagies en général, et à celles de la tête en particulier. Ainsi nous trouvons dans ce volume des chapitres consacrés à la dénudation des artères, à la gangrène des parois artérielles, à la contusion et à l'écrasement des artères, aux hémorrhagies dans les abcès. Puis viennent les mémoires sur les hémorrhagies consécutives aux plaies de la langue, à l'extraction des dents, à l'ablation des amygdales, sur les épistaxis et leur rapport avec les maladies du foie.

L'hémostase dans les opérations sur la face a été le sujet de nombreuses recherches de la part de M. Verneuil ; nous les trouvons toutes ici réunies.

Voulant toujours perfectionner son œuvre, M. Verneuil ne s'est pas borné à reproduire simplement les mémoires originaux tels qu'ils avaient été publiés primitivement ; il y a joint de nombreuses observations nouvelles, des aperçus nouveaux, des notes indiquant les modifications que son expérience lui avait permis d'apporter dans sa pratique.

FORMULAIRE DES SPÉCIALITÉS

La coli-bacillose.

L'une des plus intéressantes découvertes contemporaines est celle du coli-bacille, cet hôte, habituellement inoffensif, du canal intestinal, qui peut, à certaines heures graves, devenir l'agent de la toxémie stercorale et des auto-empoisonnements mortels. On retrouve, en effet, les traces meurtrières du coli-bacille dans toutes les gastro-entérites, y compris le choléra et la typhoïde; dans les ictères et les hépatites, les néphrites, les angines, les suppurations les plus diverses : on a même décrit des méningites, des cardites, des pneumonies, dont le coli-bacille représentait l'évident élément microbien...

Comment, et à la faveur de quelles conditions, peut s'exalter, à ce point, la virulence d'une bactérie commune et banale? Pourquoi, d'innocent, et même de bienfaisant (selon certains auteurs, qui lui confèrent un rôle eupeptique), le *bacillus coli* arrive-t-il à sécréter des toxines aussi délétères que les éberthiennes elles-mêmes? Comment, enfin, cesse et dégénère, pour arriver à l'innocuité absolue, son pouvoir pyogène et septicémique? Autant de questions dont les réponses sont encore bien ténébreuses à tenter!

Tout ce que nous savons, c'est que l'intestin, irrité et desquamé par la constipation chronique et par la phlogose qui en résulte, se laisse pénétrer par le coli-bacille : de là, infection du sang. Nous savons aussi que la purgation saline bien dirigée, en éliminant et en détruisant les poisons pathogènes élaborés par le microbe, nous met à l'abri des accidents prodromiques des embarras gastro-intestinaux. Dominici a démontré, enfin, le rôle capital joué par les troubles hépatiques et les altérations biliaires, sur cette genèse de virulence anormale, dont le bacille du côlon est coutumier.

Pratiquement, ne faut-il pas conclure que la meilleure méthode préventive des méfaits bactériens réside dans la modification du milieu où le petit bâtonnet vit et se transmute? Or, de l'avis unanime des premiers cliniciens du globe, le meilleur modificateur, dans ce sens, est l'eau naturelle d'Hunyadi Janos. Toute personne soumise à l'emploi régulier de cette eau sera abritée contre la coli-bacillose : *c'est là un fait d'observation*. Mais, c'est en vain qu'on chercherait un succédané dans les autres cathartiques : c'est en vain, même, que certaines sources hongroises, nouvellement venues à la lumière, cherchent à bénéficier de l'antique renommée de leur aînée. *Ars tota in observationibus* : rien ne se fait de sérieux, en thérapeutique, sans le concours du temps et de l'expérience...

On est véritablement stupéfait, lorsqu'on envisage l'étendue du domaine pathologique du coli-bacille, « cet ennemi vigilant, caché dans l'organisme et prêt à profiter de ses moindres défaillances (Gilbert) » pour devenir septicémique et pathogène, dans les organes les plus lointains et qu'on dirait les plus étrangers à l'intestin. Pour moi, ces découvertes de la moderne microbie éclairent, d'un jour nouveau, l'admirable prescience de nos anciens (Murchison, Jules Guérin, etc.) vantant la prophylaxie typhoïde par les cathartiques habituels.

Non seulement le saprophytisme intestinal est, mécaniquement, enrayé par le balayage, *ab ore usque ad anum*; non seulement, en recourant à l'eau eccoprotique et dépurative par excellence, Hunyadi Janos, nous réveillons les hypercrinies normales; mais encore, nous exaltons singulièrement la puissance phagocytaire; nous équilibrons l'action vasomotrice du tronc cœliaque, véritable cerveau du ventre. J'ai, dans mes *Esquisses d'hydrologie*, mis en lumière cette action complexe, si fidèlement curative lorsqu'on la compare aux illusions menteuses de l'antisepsie interne! Après une ou deux purgations consécutives par l'eau d'Hunyadi Janos, on assiste à la diminution, à la disparition des acides sulfoconjugués. Aussi, les praticiens les plus éclairés recherchent volontiers cette action salutaire d'Hunyadi Janos, chez les ralentis de la nutrition, chez les arthritiques, qui font de la si mauvaise chimie intérieure; chez les uricémiques, les dyspeptiques, les neurasthéniques, les urémiques, surtout, exposés, de par la viciation de leur milieu humoral, à tous les multiples périls de la toxémie coli-parasitaire. C'est ainsi qu'Hunyadi Janos justifie son beau titre d'*agent macrobiotique*, que lui délivrait un de nos maîtres!

En vérité, plus la pathologie s'éclaire et plus la thérapeutique traditionnelle se dégage, dans sa simplicité : *initium salutis bene moratus venter*.

Dr E. Monin.

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 22 AU 25 JUILLET 1896

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 22 juillet, à 9 heures. — *M. Melo* : Cardiopathies valvulaires et névroses (MM. Potain, Grancher, Gilbert, Marfan). — *M. Samways* : Rôle de l'oreillette gauche, notamment dans le rétrécissement mitral (MM. Potain, Grancher, Gilbert, Marfan). — *M. Bernard* : Bruits du cœur dans la fièvre typhoïde (MM. Potain, Grancher, Gilbert, Marfan). — *M. Michalovitch* : Traitement de la coqueluche par le bromoforme (MM. Grancher, Potain, Gilbert, Marfan). — *M. Espinat* : Contribution à l'étude des irido-choroïdites métriques (MM. Panas, Pouchet, Nélaton, André). — *M. Ricapet* : Contribution à l'étude de la noix d'arec (MM. Pouchet, Panas, Nélaton, André). — *M. Bensa* : De l'extirpation totale de la vessie pour cancer (MM. Pouchet, Panas, Nélaton, André). — *M. Dantan* : Des différents procédés de massage dans le traitement de l'otite moyenne chronique (MM. Pouchet, Panas, Nélaton, André). — *M. Causeret* : L'aïrol en thérapeutique et principalement dans la blennorrhagie (MM. Fournier, Gariel, Marie, Roger). — *M. Burais* : Application de la photographie à la médecine (MM. Fournier, Gariel, Marie, Roger). — *M. Barasch* : Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique (MM. Fournier, Gariel, Marie, Roger). — *M. Le Même* : De l'hydarthrose intermittente et de son traitement chirurgical (MM. Berger, Monod, Walther, Poirier). — *M. Caroli* : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale (MM. Berger, Monod, Walther, Poirier). — *M. Pourtier* : Du prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme (MM. Berger, Monod, Walther, Poirier). — *M. Eisberg* : Contribution à l'étude des tuberculoses chirurgicales; processus tuberculeux et sa curabilité (MM. Berger, Monod, Walther, Poirier). — *M. Marotte* : Contribution à l'étude des pigmentations pathologiques (MM. Brouardel, Debove, Letulle, Thoinot). — *M. Fournier* : Origine microbienne de la lithiase biliaire (MM. Debove, Brouardel, Letulle, Thoinot). — *M. Dongradi* : Considérations sur la topographie du zona (MM. Debove, Brouardel, Letulle, Thoinot). — *M. Le Dard* : La paralysie faciale dans le tétanos céphalique (MM. Debove, Brouardel, Letulle, Thoinot).

A 1 heure. — *M. Darteyre* : Le lysol; ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes (MM. Straus, Rémy, Gilles de la Tourette, Chassevant). — *M. Berg* : Contribution à l'étude des nerfs et de la moelle chez les amputés (MM. Straus, Rémy, Gilles de la Tourette, Chassevant). — *M. Ruéda* : Association de l'hystérie avec les différentes maladies (MM. Straus, Rémy, Gilles de la Tourette, Chassevant). — *M. Zachariadès* : Existence de cellules ganglionnaires dans les racines antérieures sacrées de l'homme (MM. Straus, Rémy, Gilles de la Tourette, Chassevant). — *M. Dorison* : Rhinite hypertrophique (MM. Pinard, Marchand, Varnier, Broca). — *M. Golspiegel* : Spermatorrhée neurasthénique (MM. Pinard, Marchand, Varnier, Broca). — *M. Lemariey* : De l'otite moyenne aiguë (MM. Pinard, Marchand, Varnier, Broca). — *M. de Combes* : Cure radicale de la hernie inguinale par la méthode sclérogène; résultats immédiats (MM. Lannelongue, Tillaux, Lejars, Poirier). — *M. Bertrand* : De la luxation incomplète, récidivante et volontaire du genou, consécutive à la déchirure des ligaments croisés (MM. Tillaux, Lannelongue, Lejars, Poirier). — *M. Bès* : Etude des kystes synoviaux des doigts (MM. Tillaux, Lannelongue, Lejars, Poirier). — *M. Guillemonat* : Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur la teneur en fer du foie et de la rate (MM. Gautier, Ch. Richet, Gley, André). — *M. Joteyko* : La fatigue et la respiration élémentaire du muscle (MM. Ch. Richet, Gautier, Gley, André). — *M. Beretta* : De la sérothérapie dans les néoplasmes (MM. Ch. Richet, Gautier, Gley, André). — *M. Chevrolle* : Traitement de la tuberculose testiculaire (MM. Terrier, Pouchet,

Tuffier, Ricard). — *M. Le Lionnais* : Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire (MM. Terrier, Pouchet, Tuffier, Ricard). — *M. Dominé* : Etude critique sur les progrès réalisés dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme (MM. Pouchet, Terrier, Tuffier, Ricard). — *M. Fortin* : Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques (MM. Pouchet, Terrier, Tuffier, Ricard). — *M. Dupaigne* : Opothérapie surrénale chez les addisoniens (MM. Landouzy, Reclus, Netter, Widal). — *M. Delannoise* : Considérations cliniques sur la période prééruptive de la varicelle (MM. Landouzy, Reclus, Netter, Widal). — *M. Leclerc* : Des moyens simples à employer pour guérir et éviter la tuberculose (MM. Landouzy, Reclus, Netter, Widal).

Jeudi 23 juillet, à 9 heures. — *M. Finet* : De la valeur curative et palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum (MM. Terrier, Pouchet, Reynier, Walther). — *M. Mignot* : Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites (MM. Terrier, Pouchet, Reynier, Walther). — *M. Derégnaucourt* : Lipomes de la langue (MM. Pouchet, Terrier, Reynier, Walther). — *M. Archambault* : De la polydactylie au point de vue héréditaire; coïncidence des malformations avec les tares névropathiques (MM. Pouchet, Terrier, Reynier, Walther). — *M. Espagnac* : Etude sur la phlébite blennorrhagique (MM. Fournier, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Fuchs* : Traitement de la migraine par le bromure de potassium (MM. Fournier, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Alardo* : Contribution à l'étude des formes atypiques du favus (MM. Fournier, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Couillaud* : Dystrophie papillaire et pigmentaire ou achantosis nigricans; ses relations avec la carcinose abdominale (MM. Fournier, Landouzy, Netter, Gilles de la Tourette). — *M. Richelet* : Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical (MM. Straus, Marie, Achard, Bonnaire). — *M. Bidou* : De l'insuffisance hépatique (MM. Straus, Marie, Achard, Bonnaire). — *M. Aymé* : Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale (MM. Straus, Marie, Achard, Bonnaire). — *M. Le François* : Exposé des méthodes thérapeutiques employées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (MM. Straus, Marie, Achard, Bonnaire).

A 1 heure. — *M. Pierrot* : Sur la méthode statistique et son emploi dans les sciences médicales (MM. Proust, Dieulafoy, Ménétrier, Charrin). — *M. Poirrier* : Sur une période des épidémies d'oreillons dans les pensionnats de jeunes garçons et ses rapports avec la période d'incubation (MM. Proust, Dieulafoy, Ménétrier, Charrin). — *M. Praud* : Troubles névropathiques consécutifs à l'ablation de l'utérus et des annexes (MM. Dieulafoy, Proust, Ménétrier, Charrin). — *M. Serre* : Séméiologie des déformations digitales (MM. Dieulafoy, Proust, Ménétrier, Charrin). — *M. Moutin* : Le diagnostic de la suggestibilité (MM. Ch. Richet, Dehove, Gley, Marfan). — *M. J. Guérin* : De la température dans la coqueluche (MM. Debove, Ch. Richet, Gley, Marfan). — *M. Houdinet* : Hémoptysie et dilatations bronchiques (MM. Debove, Ch. Richet, Gley, Marfan). — *M. E. Guérin* : L'entéroclyse dans les diarrhées infantiles (MM. Dehove, Ch. Richet, Gley, Marfan). — *M. Laroche* : Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges (MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran, Hartmann). — *M. Frey* : De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétractions intra-utérines de débris placentaires ou membraneux (MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran, Hartmann). — *M. Claret* : Des tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale (MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran, Hartmann). — *M. Frappier* : Vaisseaux sanguins de l'utérus; des différents procédés d'hémostase dans les hystérectomies (MM. Le Dentu, Nélaton, Albarran, Hartmann).

Vendredi 24 juillet, à 9 heures. — *M. Foly* : Des accidents laryngés et particulièrement de la sténose glottique dans l'adénopathie trachéo-bronchique (MM. Potain, Grancher, Ménétrier, Wurtz). — *M. Macé* : Etudes sur les érythèmes pneumoniques (rash pneumonique de Cadet de Gassicourt) chez l'enfant (MM. Potain, Grancher, Ménétrier, Wurtz). — *M. Gagey* : Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie; un cas d'hémoglobinurie continue au cours d'un xeroderma pigmentosum (MM. Grancher, Potain, Ménétrier, Wurtz). — *M. Pammelle* : Recherches sur le pouls dans la pneumonie franche des enfants, principalement pendant la convalescence (MM. Grancher, Potain, Ménétrier, Wurtz). — *M. Paté* : Essai d'études cliniques sur le traitement de l'infection puerpérale par les injections du sérum antistreptococcique et les injections intraveineuses d'eau salée (MM. Ch. Richet, Tuffier, Gley, Bonnaire). — *M. Rousseau* : Traction rythmée de la langue et insufflation dans l'asphyxie des nouveau-nés (MM. Ch. Richet, Tuffier, Gley, Bonnaire). — *M. Picou* : De la situation normale de la rate par rapport à la paroi thoracique chez l'homme adulte (MM. Ch. Richet, Tuffier, Gley, Bonnaire). — *M. Boullenger* : De l'action de la glande thyroïde sur la croissance (MM. Ch. Richet, Tuffier, Gley, Bonnaire). — *M. Pigeonnat* : Contribution à la thérapeutique chirurgicale des gros fibromes utérins; hystérectomie abdominale; méthode rétropéritonéale (MM. Berger, Polaillon, Lejars, Chassevant). — *M. Vezinat* : De la blennorrhagie ascendante chez la femme (MM. Berger, Polaillon, Lejars, Chassevant). — *M. Bassaget* : De l'hydrocystome; contribution à la pathologie des glandes sudoripares (MM. Berger, Polaillon, Lejars, Chassevant). — *M. Marmier* : Les toxines et l'électricité (MM. Berger, Polaillon, Lejars, Chassevant).

A 1 heure. — *M. Forestier* : De la gangrène par artériosclérose et de son traitement (MM. Terrier, Monod, Ricard, Walther). — *M. Piedvache* : De la néphrolithotomie comme traitement de la lithiase rénale, en particulier dans les petits calculs du rein (MM. Terrier, Monod, Ricard, Walther). — *M. Chapard* : Des déformations thoraciques et des déviations rachidiennes (MM. Terrier, Monod, Ricard, Walther). — *M. Monjoin* : Traitement de la pneumonie par la digitale à haute dose (MM. Tillaux, Reclus, Broca, Thiéry). — *M. Lachouille* : Etude comparative de l'ostéotomie et de la réaction dans les ankyloses du genou, consécutives à des tumeurs blanches chez l'enfant (MM. Tillaux, Reclus, Broca, Thiéry). — *M. Brinon* : Des hydronéphroses congénitales et des dilatations congénitales de l'uretère (MM. Tillaux, Reclus, Broca, Thierry). — *M. Lemère* : Sur l'hémorrhagie du cordon ombilical (MM. Pinard, Marchand, Varnier, Gaucher). — *M. Laran* : Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek (MM. Pinard, Marchand, Varnier, Gaucher). — *M. Balland* : De l'influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement (MM. Pinard, Marchand, Varnier, Gaucher). — *M. Piaget* : Etude sur les divers moyens de défense de la cavité nasale contre l'invasion microbienne (MM. Straus, Reynier, Gilles de la Tourette, Thoinot). — *Mlle Treylline* : Cirrhose syphilitique héréditaire tardive (MM. Straus, Reynier, Gilles de la Tourette, Thoinot). — *M. Ecarl* : Quelques observations de paralysie générale de longue durée (MM. Straus, Reynier, Gilles de la Tourette, Thoinot). — *M. Ricardeau* : Contribution à l'étude des délires sceptiques (MM. Straus, Reynier, Gilles de la Tourette, Thoinot).

Samedi 25 juillet, à 9 heures. — *M. Peyrichon* : Etudes sur les hygromas des bourses séreuses de la face antérieure du genou (MM. Straus, Hutinel, Widal, Poirier). — *M. Rabiner* : Contribution à l'étude clinique du mutisme et du hégaiement chez les hystériques (MM. Straus, Hutinel, Widal, Poirier). — *M. Mauvais* : Essai sur les pleurésies parapneumoniques (MM. Straus, Hutinel, Widal, Poirier). — *M. Dupont* : Traitement et pathogénie de certaines tumeurs douloureuses du rebord alvéolaire consécutives à l'extraction des dents (MM. Straus, Hutinel, Widal, Poirier).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE PARIS

Concours des clinicats.

Sont nommés :

Chefs de clinique médicale. — Hôtel-Dieu : M. Charrier, chef adjoint, M. Rénon. — Saint-Antoine : M. Tissier; chef adjoint, M. Thiercelin.

Chef de clinique chirurgicale. — Necker : M. Mauclaire.

Chef de clinique des maladies des enfants. — M. Renault; chef adjoint, M. Zuber.

Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gastou; chef adjoint, M. Emery.

M. le docteur Sevestre, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie) à l'hôpital des Enfants-Malades.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgie (Bureau central).

La séance pour la sixième et dernière épreuve (épreuve clinique) n'ayant pu avoir lieu le 17 courant a été reportée au jeudi 22 juillet, 4 heures, à l'hôpital Lariboisière.

Concours pour l'emploi de médecin adjoint au Dispensaire de salubrité de Paris.

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Lebon, Gresset, Tournier, de la Nièce et Bernard.

VARIA

Asiles d'aliénés.

Voici les noms des candidats déclarés admissibles aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, à la suite du concours qui vient d'avoir lieu à cet effet dans les sept circonscriptions de la France.

Paris. — MM. Leroy, Baruk, Coulon, Thibaud et Darin.
Bordeaux. — MM. Honeix de la Brousse et Mahon (*ex æquo*), et M. Terrade.
Lille. — MM. Deswarte, Musin, Briche et Singer.
Lyon. — MM. Toy, Roux et Bodero.
Montpellier. — MM. Cavalié et Cossa.
Nancy. — MM. Levet, Santenoise et Lalanne.
Toulouse. — MM. Papillon, Maignel et Boudron.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION (1)

Définition.

La déglutition est l'ensemble des actes réflexes qui font passer les aliments de la bouche dans l'estomac, après leur avoir fait traverser le pharynx et l'œsophage.

Les différents phénomènes de cette déglutition sont aujourd'hui connus ; on les a surpris par les différents modes d'étude que voici : *a*) l'observation de soi-même ; *b*) les vivisections ; *c*) des expérimentations diverses (Magendie) ; *d*) l'usage de la laryngoscopie ; *e*) les méthodes enregistrantes (Arloing, Carlet). C'est à ces dernières surtout qu'il convient d'avoir recours, en raison de la profondeur des cavités où se produit la déglutition, profondeur telle que le regard ne peut saisir les phénomènes qu'après de graves mutilations.

Division.

1° Où commence la déglutition ?

Quand la mastication est terminée et que le bol alimentaire est formé. Tout ce qu'on peut arrêter à volonté n'est pas de la déglutition. La déglutition commence quand nous ne sommes plus les maîtres du bol alimentaire, c'est-à-dire, en résumé, quand la langue, appliquée sur le voile du palais, ne peut plus s'en détacher avant la disparition du bol alimentaire.

2° Où finit la déglutition ?

Quand le bol alimentaire, après avoir franchi l'anneau musculaire du cardia, est tombé dans l'estomac.

3° En combien de temps se divise la déglutition ?

En deux temps : *a*) le temps bucco-pharyngien ; *b*) le temps œsophagien. Le premier commence à l'entrée des aliments dans l'arrière-bouche ; le second à leur entrée dans l'œsophage. Mais on a coutume, quoique la division soit schématique et que les auteurs ne s'entendent pas sur la limite exacte de chacun d'eux, de diviser la déglutition en trois temps : *a*) temps buccal ; *b*) temps pharyngien ; c) temps œsophagien. Cela rend la description plus commode.

Etude de la déglutition.

Premier temps (temps buccal). Le *bol franchit l'isthme du gosier*. Ce temps est caractérisé par :

1° LE RAPPROCHEMENT DES MACHOIRES. Il a pour but de fixer la mâchoire qui offre ainsi un point d'appui aux muscles élévateurs du larynx et de permettre à la langue de mieux s'appliquer sur le voile du palais, mais il n'a nullement pour but de fermer la bouche, — ainsi que le voudrait la théorie physique de la déglutition, — puisqu'on peut déglutir les lèvres écartées ou la bouche ouverte en plaçant un objet résistant entre les arcades dentaires.

2° L'IMMOBILISATION DU LARYNX et

3° LA CONTRACTION DE LA SANGLE MUSCULAIRE DU PLANCHER BUCCAL, fixant l'une et l'autre la base de la langue et permettant ainsi à cet organe de s'appliquer sur le voile du palais et de faire progresser le bol alimentaire.

Deuxième temps (temps pharyngien). *Le bol alimentaire accomplit la traversée pharyngienne.* Ici l'acte est plus compliqué. Il faut, en effet : 1° que le bol passe dans le pharynx ; 2° qu'il ne pénètre pas dans les fosses nasales ; 3° qu'il ne pénètre pas dans le larynx. Voyons donc successivement :

A. COMMENT LE BOL PASSE DANS LE PHARYNX.

Grâce à plusieurs influences qui sont :

a) Contraction pharyngienne.

Le pharynx se raccourcit dès que le voile du palais se soulève sous l'influence de la pression exercée par la langue ; il va ainsi au-devant du bol alimentaire et le reçoit, embrassant le voile et le comprimant de haut en bas comme pour « l'avaler ». Ce phénomène est prouvé par la compression que subissent des ampoules élastiques placées entre le voile et le pharynx ; quelques-unes même sont quelquefois arrachées du tube auquel elles sont adaptées, puis avalées.

b) Vide pharyngien.

Pour certains auteurs le vide serait le grand facteur de la déglutition, et la contraction musculaire elle-même n'opérerait que par son intermédiaire. C'est ainsi que :

1° La base de la langue n'aurait pas pour rôle de comprimer les aliments contre le voile, mais ferait office de piston et établirait le vide (Moura). Erreur, au dire d'Arloing, car il est facile de constater que des aliments colorés ou les ampoules munies d'appareil enregistreur sont comprimées entre la langue et le voile.

2° Il existerait, consécutivement au transport en avant du larynx et de l'os hyoïde, une vraie dilatation pharyngienne qui ferait le vide et attirerait les aliments (Haller, Maissiat). Cette ampliation du pharynx et le vide qui en est la conséquence sont prouvés par ce qui se passe sur des ampoules compressibles introduites dans le pharynx par l'œsophage et qui sont attirées en haut (Arloing).

3° En dehors de l'ampliation pharyngienne, le vide se produirait entre la base de la langue et le voile du palais en raison du soulèvement de celui-ci (Carlet).

Si réels que soient ces phénomènes, ils ne peuvent que jouer un rôle tout à fait secondaire dans la déglutition, puisque : *a*) si on paralyse les constricteurs du pharynx par la section du pneumogastrique, on produit des troubles graves de la déglutition ; *b*) on peut déglutir même en fermant la bouche et le nez, ce qui, pourtant, suspend l'action de la pression atmosphérique.

c) Aide de l'appareil respiratoire.

Ainsi que le démontrent les tracés, au moment de chaque déglutition, la pression trachéale subit une forte diminution ; en même temps, le thorax s'abaisse et le diaphragme se contracte. Ces phénomènes sont contemporains de l'ascension du larynx et du pharynx ; ils ont un double but : d'une part, ils assurent l'occlusion du larynx (occlusion dont le rôle sera étudié plus tard), et, de l'autre, ils déterminent la raréfaction de l'air de l'arrière-bouche devant le bol alimentaire. Cette aspiration cesse quand le pharynx est sur le point de se relâcher, c'est-à-dire quand le bol arrive à l'entrée de l'œsophage.

(A suivre.)

X. Y.

(1) Pour les détails, lire l'article un peu long mais excellent d'Arloing dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

Le Directeur Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 31 1er Aout 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

B. CHEZ L'HOMME A L'ÉTAT ADULTE

Le crémaster de l'homme se compose d'une série de faisceaux qui descendent de la paroi abdominale vers le testicule, tapissant le front, le flanc et quelquefois le dos du cordon spermatique d'une couche musculaire qui est assez épaisse en haut, près du canal inguinal, mais qui s'amincit à mesure qu'elle descend et ne forme plus, au niveau du testicule, qu'une tunique éraillée, à mailles lâches et irrégulières. Ces faisceaux musculaires sont rouges, épars; ils sont plus ou moins longs et plus ou moins volumineux suivant les sujets. J. Cloquet les a vus ne pas dépasser d'un centimètre l'orifice inguinal; en règle, ils arrivent jusqu'au niveau du testicule. Tous émanent de deux bandelettes charnues qui prennent sur la paroi abdominale une insertion supérieure différente, mais qui, plus bas, s'épanouissent toutes les deux sur le cordon et sont réunies l'une à l'autre par des fibres en arcades à concavité supérieure.

De ces bandelettes, l'une est interne et généralement grêle, l'autre est externe et toujours forte.

Je dis que la bandelette interne est mince; on prétend même généralement qu'elle fait défaut à un assez grand nombre de sujets. Pour ma part, je l'ai presque toujours découverte dans mes dissections. Comme le fait très heureusement remarquer J. Cloquet (1), elle n'est pas charnue jusque dans sa partie supérieure chez tous les sujets; quelquefois elle émane de petits tendons grêles, effilés et longs: ceux-ci descendent sur le côté interne du cordon et se transforment en fibres musculaires qui s'épanouissent dès leur naissance sur la tunique fibreuse (au lieu de se réunir, comme cela est l'habitude, en faisceau), et viennent se joindre, sous forme d'arcades, aux fibres de la bandelette externe dont elles paraissent être alors la continuation. Les insertions supérieures de cette bandelette interne sont irrégulières; elle s'attache, suivant les cas, à la crête ou à l'épine du pubis, au ligament de Poupart, à la gaine du grand droit abdominal, sur la face postérieure du pilier inférieur de l'anneau inguinal exterieur.

La bandelette externe est plus puissante: elle pénètre dans le canal inguinal, comme la précédente, et va, disposition invariable, se continuer avec les fibres du petit oblique, ou peut-être, à ce qu'il m'a semblé, avec les fibres du muscle transverse. La distinction, du reste, ne paraît pas si simple qu'on pourrait le penser à première vue. Mais je reviendrai sur cette question.

Les fibres des deux bandelettes du crémaster descendent donc l'une et l'autre le long du cordon: celles de la bandelette externe forment deux groupes; les unes, après un trajet vertical, vont se perdre sur la face extérieure de la tunique fibreuse où elles s'attachent, représentant ainsi le gros muscle crémaster du cheval, du taureau, du bélier; les autres se recourbent en anses et vont se continuer avec les fibres de la bandelette interne qui forment, comme elles, des arcades à concavité supérieure. Ces arcades siègent en deux points; les unes, dans le haut du cordon, sont constituées par des fibres ansiformes courtes, qui apparaissent de toute évidence comme les faisceaux inférieurs dissociés du petit oblique éraillé; les autres, au niveau du testicule, s'étalent entre la tunique celluleuse et la tunique fibreuse, se disposent en longues anses plexiformes et constituent comme une sorte de sangle à jour, de filet à mailles irrégulières et larges, englobant et soutenant le testicule.

Trois points de l'anatomie du crémaster ont été particulièrement discutés. Les voici : 1° Les faisceaux du cré-

(1) Jules Cloquet : *Loco citato*, p. 19.

master recouvrent-ils seulement la face antérieure du testicule et du cordon, ou bien quelques-uns d'entre eux s'insinuent-ils aussi sous la face postérieure de ceux-ci? 2° Dans sa migration inguinale, le testicule s'engage-t-il sous le bord inférieur du petit oblique et du transverse, ou bien, au contraire, fait-il effraction au travers de leurs faisceaux? 3° Dans quelles proportions respectives le petit oblique et le transverse prennent-ils part à la constitution du crémaster?

1° Y a-t-il des faisceaux du crémaster en avant et en arrière du cordon et du testicule?

En règle, c'est seulement en avant du cordon que s'allongent les anses crémastériennes; mais on en trouve quelquefois aussi en arrière: celles-ci sont toujours beaucoup moins nombreuses, beaucoup plus dissociées. J. Cloquet les a observées; personnellement, je les ai rencontrées d'une manière tout à fait exceptionnelle, chez trois ou quatre sujets seulement.

2° Le testicule, dans sa migration, s'engage-t-il sous le bord inférieur du petit oblique, ou bien au travers de ses faisceaux?

La plupart du temps, le testicule s'insinue sous le bord inférieur du petit oblique et ne perfore point le muscle. On se rappelle, du reste, la critique un peu âpre que Croissant de Garengeot (1) adressait autrefois sur ce point d'anatomie — comme sur tant d'autres — à son rival Heister; Croissant de Garengeot niait la perforation des muscles petit oblique et transverse par le testicule en migration; mais ses observations ont été infirmées par celles de A. Cooper (2), de Rougemont (3), de Jules Cloquet (4). Moi-même j'ai vu, sur plusieurs fœtus, la glande génitale s'engager entre les faisceaux du petit oblique.

Cette disposition donne précisément la clef des variétés que présente la topographie des anses crémastériennes. Quand celles-ci, ce qui est l'exception, tapissent la face antérieure et la face postérieure de la fibreuse funiculo-testiculaire, c'est, d'après J. Cloquet, Malgaigne (5) et Gray (6), que la glande, en émigrant vers le scrotum, a traversé le petit oblique, s'emprisonnant, pour ainsi dire, tout entière dans les mailles du filet formé par les fibres dissociés de celui-ci.

3° Dans quelles proportions respectives le petit oblique et le transverse prennent-ils part à la formation du crémaster?

La plupart des anatomistes considèrent le crémaster comme un faisceau détaché du petit oblique; d'autres le prennent pour une émanation du petit oblique et du transverse; je n'en sache pas qui lui donnent le transverse comme unique origine. En réalité, comme je l'ai dit déjà, la solution de ce problème n'est pas si simple qu'elle paraît être, et la raison en est tout entière dans cette phrase d'Albinus (1): « Siquidem ab inferiore parte obliqui interni et transversi, quà illi a margine aponeurosis externi ante os ilium oriuntur, quàque eos conjunctos inter se isse diximus ». C'est, en effet, que sur beaucoup de sujets le bord inférieur du petit oblique et celui du transverse sont unis au point de ne pouvoir être séparés par le scalpel. Jules Cloquet (2) avait déjà fait cette remarque; tout récemment, Blaise (3), dans un bon travail, a bien décrit cette fusion des deux muscles. Voici ce que mes dissections m'ont appris: d'une part, le petit oblique et le transverse se donnent réciproquement, dans la région inguinale, des faisceaux anastomotiques — ils adhèrent ainsi l'un à l'autre et ne peuvent être dissociés que par déchirure —; d'autre part, ils occupent l'un et l'autre, par rapport au cordon spermatique, une disposition variable: ordinairement, c'est le petit oblique qui descend le plus; quelquefois, c'est le transverse. Voilà, sans doute, les deux raisons pour lesquelles Scarpa (4), que cette question avait intrigué, n'avait pu arriver à déterminer la part respective que prend chacun de ces deux muscles dans la formation du crémaster. Pour J. Cloquet, c'est presque toujours du petit oblique que le crémaster tire son origine; cette disposition, du reste, parait en harmonie avec celle qu'on observe sur le taureau et sur le bélier chez lesquels le transverse, qui est beaucoup moins bas situé que chez l'homme, ne donne certainement pas naissance aux faisceaux crémastériens.

Pour ma part, cependant, j'ai souvent pu suivre jusque dans le muscle transverse un bon nombre des fibres du crémaster; il m'a semblé même, après plusieurs dissections — mais j'ai dû, par suite, revenir sur cette opinion certainement trop absolue — que ce muscle était bien la source principale, sinon l'unique source de la tunique érythroïde. Un fait, du reste, confirme cette interprétation. J'ai régulièrement observé qu'une partie des fibres du faisceau crémastérien externe allait s'insérer, en formant un petit trousseau musculaire facile à isoler, sur la face superficielle du fascia transversalis, là où celui-ci se déprime pour former le long tube celluleux dans lequel s'engagent les vaisseaux spermatiques, là où, doublé des fibres incurvées du tendon conjoint, il forme la paroi postérieure du canal inguinal. J. Cloquet (5) est, je crois, le premier qui ait vu ces fibres transversaliennes du crémaster; « disposées sous forme de cordons arrondis, écrit-il, elles ont une direction verticale; elles naissent à deux ou trois pouces au-dessus de l'ouverture supérieure du canal inguinal, sur la face postérieure du muscle transverse, devant le feuillet fibreux qui la recouvre en arrière (fascia transversalis). Debierre et Pravaz (6), à leur tour, ont disséqué ce petit

(1) René Croissant de Garangeot: *L'anatomie des viscères*, 2e édit. Chez Ch. Osmont, t. I, p. 137, Paris, 1742.

(2) A. Cooper: *Anatomie du testicule*. Traduit par Richelot et Chassaignac, p. 416, Paris, 1823.

(3) J. C. Rougemont: In *Traité des hernies*. de Richter. Traduit de l'allemand par Rougemont, 2e édit., t. I, p. 39, Cologne, an VII.

(4) Jules Cloquet: *Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen*, p. 23. Chez Méquignon-Marvis, Paris, 1817.

(5) J.-F. Malgaigne: *Traité d'anatomie chirurgicale*. Société encyclopédique de Bruxelles, 1833, p. 292.

(6) Henri Gray: *An. descript. and surgical*, p. 881. Chez Henri-C. Lea, Philadelphie.

(1) Bernardi Siegfried Albini: *Historia musculorum hominis*, p. 294. Chez Theodorum Haack, Leidæ Batavorum, 1734.

(2) Jules Cloquet: *Recherches sur les hernies de l'abdomen*, p. 13 et 23. Chez Méquignon-Marvis, Paris, 1817.

(3) Paul Blaise: *Canal inguinal chez l'adulte*. Th. in Paris, 1894, n° 118, p. 42. Chez Steinheil.

(4) Antoine Scarpa: *Traité pratique des hernies*. Traduit de l'italien par Ollivier, Paris, 1812-1823.

(5) Jules Cloquet: *Loco citato*, p. 22.

(6) Ch. Debierre et J. Pravaz: *Contribution à l'étude du muscle crémaster, du gubernaculum testis et de la migration testiculaire*. In *Lyon médical*, 30 mai 1886, n° 23, p. 132.

tronsseau de fibres: ils ont même cru en avoir fait la déconverte, ce qui est nne errenr, et l'ont cherché puis trouvé chez le chien, après en avoir étudié la disposition chez l'homme. L'adhérence intime qui, dans la région inguinale, unit l'un à l'autre le muscle transverse et le fascia transversalis et en fait deux organes véritablement fusionnés — le muscle et sa gaine — indique assez que c'est bien du premier que dépendent les fibres crémastériennes qui s'attachent sur le second. A vrai dire, on peut m'objeeter que ce n'est pas proprement du fascia transversalis, mais bien des fibres de renforcement qui lui sont données par le tendon conjoint que part le petit faisceau dont il est question, et que ce tendon conjoint est aussi bien le tendon du petit oblique que celui du transverse: mon impression n'en reste pas moins celle-ci : c'est bien du transverse que paraissent dépendre ces fibres particulières du crémaster. Aussi bien est-ce attacher trop d'importance à une question d'ordre secondaire. En tous cas, ce qui est important, c'est qu'il s'agit bien là d'un beau faisceau rouge, parfaitement isolé, facile à disséquer et à poursuivre, qui va rejoindre la bandelette externe du crémaster, ou même se confondre avec elle. Aussi ne saurait-on, à mon avis, prétendre qu'il s'agit là du crémaster interne de Henle; je pense donc que Denierne et Pravaz ont fait une confusion quand ils ont écrit : « Ce faisceau péritonéal s'étale sur le cordon en une couche mince et de coloration beaucoup plus pâle que les précédentes;... c'est là, évidemment, le crémaster interne de Henle qui avait noté la présence de ces fibres, sauf en rechercher et en donner les origines ». Je montrerai plus loin que le crémaster de Henle est une tout autrechose, qu'il ne forme point un muscle isolé, qu'il ne s'insère point sur le fascia transversalis (pour quelle raison prendrait-il cette attache ?) et que les fibres qui le composent n'existent même plus dans le canal inguinal.

c. Conclusions sur le crémaster

Il est, maintenant, facile de conclure. Le crémaster est très certainement un faisceau détaché des muscles abdominaux (petit oblique ou transverse, les deux sans doute). Sur certains sujets, la continuité des fibres de l'un et des autres est très évidente et il est impossible de les séparer sans déchirure; chez d'autres, l'isolement du muscle est plus complet, la dissociation fasciculaire s'est opérée jusqu'aux attaches, et le gubernaculum paraît alors s'implanter sur les plans fibreux voisins, à la façon d'un petit muscle autonome; mais toujours, avant que la dissection ait détruit les liens qui les unissent (tissu cellulaire, petits faisceaux anastomotiques) on peut juger que le crémaster est une dépendance des muscles abdominaux.

Ce crémaster se compose d'un seul faisceau chez beaucoup d'animaux; il est formé, chez l'homme, de deux bandelettes, l'une externe, qui représente le gros faisceau crémastérien du cheval, du taureau, du bélier, l'autre interne qui manque quelquefois et, dans d'autres cas, devient fibreuse, comme pour bien marquer, ainsi que l'avait observé Jules Cloquet, qu'elle n'est pas autre chose que la portion tendineuse de la bandelette externe, toutes les deux représentant, dans leur ensemble, la totalité du bord inférieur du petit oblique ou du transverse. Le gubernaculum testis, en traversant la paroi abdominale, adhère aux fibres de ces deux muscles et c'est lui qui, en se raccourcissant (par rétraction ou par invagination), les entraîne vers le scrotum : aussi, la formation de la tunique érythroïdienne est-elle très précoce chez les animaux où la migration s'opère de bonne heure (taureau. bélier), et tardive chez ceux où la migration n'apparaît que dans les derniers mois de la vie fœtale (homme). Sur aucune des espèces qu'il m'a été donné d'étudier, je n'ai vu se détacher de la face profonde des muscles abdominaux des faisceaux se dirigeant, dans le ventre, vers le testicule non encore descendu et formant comme des faisceaux périphériques au gubernaculum. Il est donc absolument faux de dire, non seulement que le crémaster est un reste du vrai gubernaculum — invraisemblable hypothèse — mais même qu'il est formé par deux faisceaux accessoires donnés à ce vrai gubernaculum par la paroi abdominale, et qui se seraient retournés, se seraient dévaginés pendant la migration. Le crémaster de l'homme — à quelques légères différences près — reconnaît la même origine que le crémaster qu'on rencontre accidentellement sur le sac d'une hernie inguinale de la femme, mais dont les fibres, qui n'ont aucun rôle à remplir, restent toujours pâles, rares et ténues.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Guillaume Baillou (1538-1616).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Par le prisme de quelle illusion, dans son discours sur le génie d'Hippocrate, Barthez a-t-il considéré Guillaume Baillou comme supérieur à Sydenham ? Le médecin de Montpellier reprochait à Sydenham son défaut de lecture. C'est précisément ce qui fait le mérite de ce dernier. Au moins les noms d'Hippocrate et de Galien ne reviennent-ils pas incessamment sous sa plume. Il observait par lui-même et non par l'œil du maître. Le fait l'intéressait seul et non l'idée qu'un autre s'en était imaginée.

A la vérité, Sydenham s'est peu occupé d'anatomie et Baillou est tout à fait étonnant en pareille matière. On peut le regarder comme le créateur de l'anatomie pathologique; rien que dans le domaine des affections du cœur, il a publié des observations qui encore aujourd'hui passeraient pour des trouvailles. Tels l'hydropéricarde, l'anévrysme de l'aorte ventrale, l'anévrysme de l'artère rénale et combien d'autres que nous passons.

Si l'on rapproche souvent le nom de Sydenham de celui de Baillou, c'est que tous deux ont décrit les constitutions médicales de leur temps. Mais quelle différence dans la valeur de la tâche accomplie! Baillou a eu beau distinguer la grippe de la coqueluche; ce qui est limpide, bien canalisé dans l'auteur anglais, coule d'ordinaire chez le médecin parisien lourdement, en un flot diffus d'observations disparates; à chaque page on se heurte à ce barrage que les noms d'Hippocrate et de Galien opposent au jet de la conception personnelle. On sent l'homme trop savant pour qu'il demeure original. Sous l'érudition du texte se devine le professeur qui argumente les bacheliers à grand renfort de citations. D'autres médecins du XVIe siècle, Houllier par exemple, n'avaient pas ce défaut. Nous avons omis de dire que Baillou était doyen de la Faculté de Paris; il signala son décanat par une lutte contre les revendications des chirurgiens et mourut en 1616, âgé de soixante-dix-huit ans.

Quand même, si effacée soit-elle à côté de Sydenham, c'est encore une grande figure que celle de Guillaume Baillou. Chez lui, la noblesse du caractère sauve ce qu'il y avait dans l'intelligence d'un peu comprimé par l'habitude de l'enseignement. Une conscience sévère de la dignité professionnelle et des égards dus entre confrères fait de ce médecin du XVIe siècle un modèle de praticien honnête et poli : « Dans les cas difficiles, dit-il, il ne faut pas hésiter à recourir à la lumière d'un autre médecin : la vue d'un seul homme est moins clairvoyante que celle de plusieurs. En ce qui concerne la consultation, il suffit, pour que son résultat soit fructueux, que la divergence d'opinions soit loyalement exprimée et ne s'inspire pas d'un ambitieux désir de censure. La modestie sied au médecin qui ne rougit jamais d'apprendre quelque chose, fût-ce au chevet du malade et de la part du confrère mandé. »

Comment l'auteur de ces paroles renouvelées d'Hippocrate n'eût-il pas joui de l'estime de ses confrères? Il possédait à la fois l'aménité qui attire et cette moyenne d'idées qui n'indispose personne. En somme, ce qu'il constatait ne prêtait pas à aucune ambiguïté: c'était une lésion anatomique étalée sur la table de l'amphithéâtre ou des travaux d'épidémiologie qu'abritaient des témoignages acceptés comme des oracles. Cette prudence bien avisée a mieux servi la réputation de Baillou que s'il se fût égaré loin des sentiers battus.

II

En thérapeutique, Baillou suit Hippocrate. Il se conforme à ces aphorismes, de laisser agir la nature quand la crise se fait ou qu'elle est faite et d'évacuer les humeurs par la voie où elles se portent naturellement.

La perspicacité du médecin s'attachera à démêler les modifications que les constitutions diverses des malades imposent à l'application de ces règles générales de conduite. « Il n'est pas juste, dit notre doyen, que tout le monde mette le pied dans la même chaussure comme s'il ne s'agissait que d'un même mal et d'un même remède. »

Les enfants, par exemple, supportent mal les purgatifs; utile au début de la variole, de la rougeole, de la peste, utile encore dans le rhumatisme, une saignée devient dangereuse quand le malade a perdu ses forces. Un corps qui languit a besoin de réfection et non d'évacuation.

Il est terrible de songer aux dangers d'une thérapeutique imprudemment instituée. Les vésicatoires aux cantharides laissés en place trop longtemps peuvent produire des ardeurs de vessie intolérables; la thériaque, par l'action déprimante de l'opium, est tout à fait contre-indiquée dans des maladies où elle est journellement prescrite : les affections léthargiques, le coma et l'apoplexie.

Malgré sa circonspection, l'auteur s'avoue lui-même en faute en plus d'une circonstance : tel jour il aura hâté la fin d'un malade par une saignée malencontreuse. On ne doit pas saigner dans les inflammations asthéniques. Pourquoi l'avoir fait quand la contre-indication était formelle ? On ne peut toujours prévoir au premier jour la tournure que prendra une inflammation. Sera-t-elle asthénique ou non ? Il est bien des choses obscures en pathologie. Pourquoi la paracentèse, opération aisée, est-elle si souvent suivie d'érysipèle au point où l'ouverture a été pratiquée? Instrument malpropre ou mains douteuses, dirons-nous ! Mystère ! soupirait Baillou.

Toutefois, si incertains soient les moyens de guérison, il ne faut jamais désespérer. Pourquoi, dans l'angine, quand tout a échoué, ne pas tenter une ouverture au larynx ? « Certes, l'opération n'est pas sans danger, mais si elle était exécutée par un habile opérateur qui sût éviter les nerfs récurrents, peut-être n'offrirait-elle pas de danger, et elle donnerait certainement des chances de guérison. » La trachéotomie que conseille Baillou avait été pratiquée aux temps anciens par Asclépiade et Anthyllus; mais dans tout le moyen âge, nul n'osa s'y risquer. A la fin du seizième siècle, un chirurgien du nom de Santorio tenta cette opération à l'aide d'un trocart, la canule étant laissée dans la trachée. Qui sait si les lignes précédentes de Baillou n'ont pas déterminé Santorio à sa périlleuse intervention ?

« De même, ajoute Baillou, pourrait-on essayer quelque chose de semblable dans la pleurésie, et pratiquer une ouverture entre la cinquième et sixième côte, car l'évacuation d'une quantité de pus, même petite, procure une grande amélioration dans l'état des malades. » C'est la réhabilitation de la pleurotomie, qui était du reste déjà usitée au temps d'Hippocrate.

La matière médicale de Baillou emprunte ses éléments aux remèdes du XVIe siècle : casse, séné, rhubarbe, sirop du roi Lahor, composé de suc de pommes, bourrache, feuilles de séné, buglosse, tartre soluble et safran, pilules sine quibus où entrent l'aloès, l'agaric, la scammonée, la rhubarbe, le séné. Il est à remarquer que ces pilules laxatives sont recommandées contre les pâles couleurs, comme si Baillou eût pressenti l'origine intestinale de la chlorose. Que si la constipation fait suite à l'usage des purgatifs, on y remédie en administrant, suivant la méthode de Fernel, une grande quantité de sirop de violettes étendu d'eau. Elle est supérieure, cette eau toute simple, aux complications de tisanes dont le suc de plantain et autres drogues semblables sont censés représenter le principe actif. Hippocrate se contentait de l'eau pure. Baillou s'en contente.

Par-ci par-là, il se félicite aussi de remèdes bizarres que l'usage populaire a conservés : un coq éventré appliqué sur le côté aide à la résolution de la phrénésie. Les campagnards de notre région préfèrent le pigeon. Attaché ouvert et pantelant sur le siége des inflammations, il exerce sur celles-ci une action curative manifeste.

III

Baillou croyait à l'influence des astres sur les êtres terrestres. On retire de moins bons effets de la saignée lorsque la lune ne se montre plus sur l'horizon. et pendant les éclipses de soleil, des dames sont sujettes à des évanouissements redoutables. « Ce sont là choses, proclame Baillou, que le médecin ne doit pas ignorer, afin qu'il sache au besoin quitter les ornières de la médecine vulgaire pour la voie que lui ouvrent le raisonnement et l'observation exacte de faits nouveaux. »

En vérité, Baillou exagérait un peu. Les astres ne possédent pas tout à fait le pouvoir qu'il leur concède. Encore faudrait-il expliquer à notre scepticisme la raison de l'action que l'état du ciel exerce sur certains malades. Les neurasthéniques souffrent davantage par les temps humides. Leur nutrition est-elle influencée par le brouillard ? Les oxydations sont-elles diminuées quand le soleil est caché et l'accumulation des déchets qui résulte des combustions mal faites est-elle coupable de cette augmentation de douleurs qu'accusent les neurasthéniques ?

Au surplus, le procédé de raisonnement qui faisait admettre à Baillou des relations de cause à effet là où nous ne voyons que des coïncidences, ce procédé, ne l'oublions pas, est celui dont la pratique a décidé plus d'une fois de la marche en avant de la science.

Dire : ceci est cause de cela, est établir un rapport. Or c'est la

multiplication des rapports entre les phénomènes observés qui crée les découvertes. La bactériologie est née du rapport établi entre le microbe et la maladie infectieuse.

Sans doute, elle n'est pas toujours aussi heureuse, la tendance à relier entre eux des phénomènes d'apparences disparates.

S'abandonner au désir de l'explication aboutit aussi à l'erreur. Mais les fausses routes où l'on tombe ramènent plus d'une fois dans le bon chemin : en biologie, la vérité peut sortir de l'erreur.

Beaucoup de semences s'éparpillent au vent avant qu'une d'elles germe et porte fruit. Nombre d'erreurs restent stériles ; quelques-unes lèvent en végétations inattendues. Téméraire ou borné qui juge immédiatement entre elles. L'avenir seul décide de leur valeur.

C'est pourquoi, si erronée apparaisse une appréciation, elle vaut toujours qu'on la considère. Peut-être enferme-t-elle à l'état latent une promesse de vie qui s'épanouira ultérieurement.

La crainte du ridicule enchaîne le rieur dans la satisfaction de son ignorance.

N'avoir pas peur du ridicule est une qualité supérieure chez l'homme de science.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Production expérimentale d'une blennorrhée conjonctivale par des cultures pures de gonocoques chez des lapins nouveau-nés.

M. Heller vient de communiquer à la *Société de Médecine berlinoise* un fait expérimental d'ordre nouveau.

On sait que, jusqu'ici, les animaux étaient restés réfractaires aux inoculations de cultures du gonocoque de Neisser. Or, M. Heller vient de produire expérimentalement la blennorrhée conjonctivale chez des lapins nouveau-nés en injectant sous la conjonctive de cet animal des cultures pures de gonocoques.

Il a établi ses recherches sur un animal jeune en se fixant sur ce fait clinique que l'on observe la conjonctivite purulente chez les nouveau-nés et jamais chez l'adulte. Dans ses recherches, donc, M. Heller a trouvé quarante-cinq fois un résultat positif. Il y avait dans le pus conjonctival des gonocoques en abondance ; la culture de ces gonocoques a totalement échoué.

M. Heller a pu reproduire les mêmes lésions chez le lapin en injectant sous la conjonctive de cet animal nouveau-né du pus provenant d'une petite fille atteinte de vulvo-vaginite.

Les résultats obtenus par M. Heller ont été contestés par M. Max Wolff qui nie la présence du gonocoque dans les préparations de M. Heller parce que, ici, le gonocoque ne se présente pas intra-cellulaire, caractère qu'il a d'habitude dans la blennorrhagie de l'homme.

AUTRICHE

Tabes et diabète au début.

Franz Muller a reproduit, dans le *Wiener klinische Wochenschrift* (7 mai 1896), une leçon clinique qui mérite d'être signalée ici, parce qu'elle touche à un problème qu'on rencontre encore assez fréquemment dans la pratique courante.

Un malade se présentait à la clinique, âgé de 44 ans, les jambes en proie à des douleurs fulgurantes depuis déjà trois mois, assez violentes pour forcer le malade à garder le lit. La sensation de douleur en ceinture se retrouvait aussi chez lui, de même qu'une abolition des réflexes rotuliens. Jusque-là, tout faisait penser au tabes, mais l'absence de troubles vésicaux, du signe d'Argyll-Robertson, le fonctionnement normal des organes génitaux, l'état parfait du fond de l'œil s'accordaient mal avec l'idée d'ataxie. C'est pourquoi l'auteur pensa à une névrite périphérique ; il n'y avait, en effet, aucun symptôme céphalique. L'examen des urines fit voir 3.5 0/0 de sucre et même de l'acétone et de l'acide acétique. Les accidents nerveux du malade étaient donc sous la dépendance du diabète.

De ce fait, l'auteur tire cette conclusion qu'il faut avant tout voir si l'on n'est pas en présence d'un diabétique lorsque l'on a à traiter un malade qui accuse un syndrôme nerveux. Il faut voir aussi si le malade n'est pas atteint de néphrite à petit rein contracté. C'est ainsi que F. Muller a pu ne pas méconnaître le diabète de son malade, en repoussant toute idée de tabes.

Ce sont là, nous le répétons, des cas qui ne sont pas isolés. Nous nous souvenons d'avoir vu venir à la consultation de l'hôpital Saint-Louis un malade d'une quarantaine d'années présentant des troubles trophiques du pied, avec gangrène du gros orteil et mal perforant, tels que la première impression qu'il donnait était bien celle d'un ataxique. Mais il n'avait ni myosis, ni symptômes vésicaux, ni douleurs fulgurantes, cette triade fondamentale de l'ataxie. On fut amené à examiner les urines, qui contenaient de très grandes quantités de sucre. Sous l'influence du régime et du traitement antidiabétiques, le sucre diminua en même temps que s'amélioraient les différentes lésions que le malade présentait au pied.

SUISSE

Des infections dues au bacille d'Eberth.

On sait que la question de la spécificité du bacille d'Eberth a été longtemps agitée et qu'aujourd'hui encore on est loin d'être fixé définitivement à cet égard. Il y a une quinzaine d'années, après les recherches de M. Chantemesse, tout le monde était à peu près d'accord pour admettre que la fièvre typhoïde était fonction du bacille d'Eberth, comme la tuberculose est fonction du bacille de Koch. Depuis, il s'est produit une réaction et plusieurs auteurs ont tendance à incriminer, dans certains cas, le colibacille, responsable alors des méfaits qu'on aurait à tort généralisés au bacille d'Eberth. C'est une question encore à l'ordre du jour, d'autant plus que le coli-bacille et le bacille d'Eberth ne sont pas sans avoir entre eux de sérieuses analogies.

Mais, en admettant que toute fièvre typhoïde ne fût pas causée par le bacille d'Eberth, il y a à cette hypothèse une contrepartie, celle-là indéniable : le bacille d'Eberth peut causer d'autres maladies que la fièvre typhoïde. Tel est le cas de deux malades dont **Revilliod** rapporte les observations dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 mai 1896. Le premier de ces malades a été atteint d'une affection qui évolua comme une pyrexie à détermination rénale ; le second présenta les symptômes cliniques d'une véritable méningite. Chez ces deux malades, l'auteur a trouvé le bacille d'Eberth.

Il a reconnu l'existence de ce bacille, en ayant recours à un moyen de diagnostic vivement attaqué par différents praticiens, doucement raillé par d'autres. Il s'agit de l'abcès de fixation de Fochier. On sait que cette méthode consiste à injecter 1 gramme de térébenthine sous la peau ; par ce moyen, on produit un abcès dont le pus sera examiné et donnera des renseignements de diagnostic précis. Dans les deux cas, Revilliod y a trouvé du bacille d'Eberth. Ce diagnostic implique évidemment le pronostic. Mais ici se place un point spécial sur lequel l'auteur appelle l'attention : c'est que le pronostic est relativement bon, bien que les malades semblent atteints de façon fort sérieuse.

Enfin, l'abcès de fixation de Fochier vise un troisième point de vue : c'est le point de vue thérapeuthique. C'est même là sa raison d'être. c'est dans ce but qu'il a été primitivement pratiqué. Dans les deux cas qu'il a rencontrés, l'auteur a guéri ses mala-

des, prétend-il, grâce à l'abcès de fixation de Fochier, et il se montre un enthousiaste de cette méthode. Il va même jusqu'à lui donner sur toutes les autres une supériorité marquée et à souhaiter qu'elle se généralise de plus en plus.

Il semble difficile d'accepter cette dernière conclusion, surtout en ce qui concerne la fièvre typhoïde elle-même. Devant cette manifestation-type de l'infection éberthienne, la thérapeutique actuelle a d'autres méthodes à employer qui ont fait leurs preuves, et elle peut offrir d'autres moyens qui ne sont pas destinés à tomber rapidement dans l'oubli. Nous croyons sincèrement que les infections sont plutôt justiciables de la balnéation, qui jusqu'à ce jour est le traitement de choix de la fièvre typhoïde tout au moins. Cela n'enlève, d'ailleurs, rien à la valeur de l'abcès de fixation de Fochier; mais il nous paraît être un procédé d'exception qui pourra entrer en ligne de compte si les autres ne peuvent pas être employés dans certains cas particuliers; du reste, un traitement uniforme pour une maladie n'existe pas, et si la fameuse phrase de Peter : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades » est devenue banale à force d'être répétée quand il s'est agi d'établir l'histoire clinique d'un malade, elle est tout aussi vraie lorsqu'il s'agit d'instituer son traitement.

Quant à rechercher le bacille d'Eberth, point n'est pour cela besoin de produire un abcès. Il suffit de s'adresser aux garderobes des malades, dans lesquelles se trouvera le corps du délit. Ce dernier procédé devrait même être employé avant l'éclosion confirmée de la maladie, si, comme on le disait en Allemagne au mois de décembre dernier, le bacille d'Eberth se rencontre dans les selles pendant l'incubation de la fièvre typhoïde, analogue dans une certaine mesure au bacille de Lœffler qu'on trouve dans la gorge avant la production des fausses membranes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juillet. — Présidence de M. Monod.

Traitement du pied bot varus équin congénital invétéré.

M. Lucas-Championnière. — Les quelques remarques que je vais faire auraient eu plus d'à-propos si j'avais pu les exposer dans la dernière séance, à la suite du rapport que nous a lu M. Kirmisson (Voir *Gazette Médicale* du 25 juillet 1896). A distance, elles vous paraîtront probablement mériter moins d'intérêt.

Je tiens à dire, néanmoins, que si j'approuve, en partie, la conduite suivie par M. Rochard, je ne suis pas du tout partisan du traitement post-opératoire qu'il a fait suivre à son opéré.

Je suis d'avis, en effet, que, quand on opère un pied bot invétéré, il faut faire les ablations osseuses le plus largement possible, en respectant autant que faire se peut les éléments fibreux et les tendons. D'ailleurs, plus on détruit d'os, moins les sections fibreuses sont nécessaires, plus régulières sont les fonctions ultérieures du pied et meilleure est la forme même de la voûte plantaire. C'est là un fait que j'ai mis en évidence depuis longtemps et j'approuve entièrement à ce point de vue, je le répète, la conduite suivie par M. Rochard.

Mais, où je me sépare absolument de lui, c'est dans le traitement post-opératoire du pied opéré. M. Rochard a condamné son malade à une immobilité de deux mois, dans un appareil plâtré. J'ai coutume, au contraire, et ce n'est pas la première fois que j'aborde ici ce sujet, j'ai coutume, dis-je, de faire une mobilisation rapide du pied bot opéré et je la commence huit jours après l'opération. Je ne mets donc pas d'appareil plâtré. Evidemment je ne suis point arrivé du premier coup à cette pratique, dont l'excellence m'est démontrée, aujourd'hui, par vingt-trois cas qui ont tous été suivis d'excellents résultats. Mais je maintiens que, par ce procédé, on obtient une guérison plus rapide et que l'élasticité du pied et la fonction musculaire étant ainsi moins endommagées, assurent, pour plus tard, des succès plus certains que l'immobilisation post-opératoire du pied bot opéré.

M. Kirmisson. — J'ai, à propos du traitement du pied bot, une opinion diamétralement opposée à celle de M. Lucas-Championnière. D'ailleurs, ce n'est pas d'aujourd'hui que date notre dissentiment sur cette question. Mais je ne veux pas entrer plus avant dans la discussion puisque, comme je l'ai déjà dit, le traitement chirurgical du pied bot est à l'ordre du jour du prochain Congrès français de chirurgie.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, laparotomie, guérison.

M. Walther. — Notre collègue, **M. Jean-Louis Faure**, nous a récemment donné lecture d'une observation de contusion de l'abdomen qui présente quelques particularités intéressantes.

Un malade, palefrenier, reçoit, le 13 janvier dernier, à 4 heures du soir, un coup de pied de cheval qui contusionne la région de l'hypochondre droit. Il est renversé par le choc, peut néanmoins se relever, ressent aussitôt une violente douleur dans l'abdomen et est transporté d'urgence à la Pitié, à six heures du soir. M. Faure, alors chirurgien de garde, aussitôt appelé, constate que le malade accuse une douleur violente dans l'hypochondre droit, que la paroi abdominale est plutôt *rétractée* sous le rebord costal droit, qu'il n'y a ni nausées ni vomissements, que l'hypothermie est considérable, et il décide aussitôt la laparotomie.

Il fait donc une incision médiane allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Il constate un épanchement de sang dans la cavité péritonéale et quelques caillots sanguins sur le grand épiploon. Il voit, encore, une infiltration sanguine de l'épiploon gastro-hépathique, mais ne trouve pas la source de l'hémorrhagie. Bientôt, après avoir débridé à droite la paroi abdominale, il constate que la vésicule biliaire est décollée de la fossette cystique à laquelle elle ne tient plus que par un pédicule étroit situé tout en haut, dans le foie. L'échancrure cystique est saignante et au fond de la scissure il voit une petite artère qui saigne aussi. C'est de là que vient tout le sang. M. Faure se contente de pincer cette artère, ne voulant pas mettre une ligature sur le tissu hépatique friable. Il glisse une mèche de gaze iodoformée entre la vésicule décollée et le foie ; il laisse la pince à demeure et referme la paroi abdominale. Peu après, la température remonte à 37°. Deux jours plus tard, la pince est sortie ainsi que la mèche de gaze iodoformée et, dans la suite, la guérison s'est opérée sans encombres sauf un petit accident survenu le neuvième jour. Au moment où l'on enleva les points de suture, le malade fit un effort et il sortit par la plaie une petite hernie épiploïque. Celle-ci fut réséquée aussitôt et la guérison fut alors définitive.

Je tenais donc à vous redire les principaux points de cette observation intéressante où M. Faure a pu constater *de visu* le décollement de la vésicule et le siège de l'hémorrhagie. J'approuve la conduite régulière qui a été suivie par notre collègue.

M. Routier. — Je veux simplement signaler le fait suivant : Un malade est récemment apporté dans mon service avec une contusion du foie. Il a été opéré par le chirurgien de garde, mais sans le même succès que M. Faure. Or, l'autopsie a permis de constater que ce malade présentait antérieurement un kyste hydatique qui s'était rompu sous l'influence du traumatisme.

Traitement des kystes synoviaux à grains riziformes du poignet.

M. Lucas-Championnière. — M. Zepfel (médecin militaire) m'a donné une observation de kyste synovial à grains riziformes du poignet qu'il avait pu enlever par simple énucléation. Je

n'aurais pas fait suivre cette observation de quelques remarques si M. Zepfel n'avait voulu ériger en principe cette énucléation. Il me paraît, en effet, que le cas de M. Zepfel est une rare exception, et que, au contraire, la grande majorité des kystes à grains riziformes que nous rencontrons sont totalement adhérents à la synoviale et jamais énucléables. Il eût été intéressant de savoir si le malade opéré par M. Zepfel n'a pas récidivé, mais nous n'avons pas pu le retrouver.

M. Reynier. — Il est vrai que le cas de M. Zepfel est une exception et n'est intéressant qu'à ce point de vue. Il est vrai, aussi, que cette énucléation du kyste est une thérapeutique illusoire dans la très grande majorité des cas.

Pour ma part, j'opérais d'abord ces kystes par l'ouverture et le drainage. Aujourd'hui, je fais un traitement plus complet, je dissèque les tendons et j'enlève du kyste tout ce qu'il m'est possible d'enlever. J'estime, et j'ai de bons résultats à l'appui, que cette pratique doit être le plus sûr garant de la guérison et de la conservation des mouvements.

M. Lucas-Championnière. — J'ai, moi aussi, pour principe d'enlever tout ce qu'il est possible d'enlever, mais je m'empresse de dire à M. Reynier qu'il y a des cas où la pratique est absolument impossible et où l'on peut à peine enlever quelques parcelles du kyste, malgré de grands artifices de dissection. En somme, bien que je badigeonne au chlorure de zinc les portions du kyste inopérables, — et je faisais ces badigeonnages bien longtemps avant que le chlorure de zinc fût à la mode, — j'ai souvent vu ces kystes récidiver. Je dirai même que cette récidive est un fait habituel.

En somme, il faut tenir compte de la nature tuberculeuse de ces kystes, de l'état général souvent peu résistant, du sujet qui les porte, et ne pas dire que, même en croyant enlever toute la masse du kyste, on les guérit toujours.

M. Walther. — Je possède deux observations de malades opérées par mon maître Trélat, qui avait pour principe d'enlever toute la synoviale dans le traitement des synovites fongueuses. L'une de ces malades a été opérée en 1888, elle est restée guérie depuis et peut même jouer du piano. L'autre, opérée en 1891, est aussi guérie et joue également du piano.

M. Peyrot. — Ces faits prouvent qu'on peut encore utiliser les tendons après ablation des gaines synoviales, mais ils ne prouvent pas qu'il soit nécessaire d'enlever ces gaines pour traiter les kystes synoviaux à grains riziformes. Quelquefois, au contraire, l'abstention, devant de tels kystes, a été suivie de guérison. Il ne faut donc pas dire que, d'une manière absolue, il soit nécessaire d'enlever les gaines synoviales pour tenter de guérir les kystes, puisque, d'autre part, la guérison peut être obtenue à si peu de frais.

M. Lucas-Championnière. — Je n'ai tenu à parler de l'observation de M. Zepfel que pour opposer, à l'énucléation des kystes, l'extirpation la plus large possible qui me semble être la règle.

Encore ajouterai-je un correctif à cette règle en disant que souvent il sera impossible d'enlever tout ce que l'on désirerait enlever.

Traitement des rétrécissements « dits syphilitiques » du rectum par la dilatation.

M. Reclus. — Je veux simplement signaler à la Société les résultats que j'ai récemment obtenus en traitant deux cas de rétrécissements « *dits syphilitiques* » du rectum par la dilatation. Le premier cas est celui d'un capitaine roumain qui me fut adressé par le professeur Fournier. Ce malade avait un type de rétrécissement « *dit syphilitique* ». Le doigt mis dans le rectum rencontrait un ajutage rigide avec cannelures semblables à celles qu'on trouve dans un canon de fusil rayé; puis, au-dessus du sphincter, il y avait une bride allant d'une paroi à l'autre. De ce point partaient deux fistules aboutissant à des condylomes externes. Enfin des végétations remplissaient l'ampoule rectale, la muqueuse était comme ulcérée, et il y avait une leucorrhée fétide abondante.

J'ai entrepris de traiter ce malade par la dilatation. Au début j'ai pu passer la bougie n° 9 de la filière d'Hégar. Cette opération étant très douloureuse, j'ai eu recours à des badigeonnages du rectum avec la solution de cocaïne à 1 0/0. Les jours suivants, la dilatation a pu se faire et j'ai passé successivement les n°s 10, 11, etc. Le soir on faisait au malade des injections d'eau goudronnée chaude à 50 et 55°. Au bout du onzième jour j'ai pu passer le n° 25 de la filière d'Hégar. Les douleurs avaient cessé, le malade passait lui-même les bougies, les ulcérations paraissaient cicatrisées et le malade est reparti chez lui considérablement amélioré, sinon guéri.

Le deuxième cas est celui d'un Brésilien âgé de 29 ans qui avait contracté la syphilis à l'âge de 14 ans. Chez lui, au-dessus de l'ampoule rectale, à huit centimètres au-dessus du sphincter, siégeait un rétrécissement, non en forme d'ajutage comme le précédent, mais une sorte de rétrécissement valvulaire analogue aux rétrécissements congénitaux. Je n'aurais même pas pu éviter la confusion, si ce rétrécissement avait siégé plus bas et s'il ne m'avait donné, au toucher, la sensation de résistance qu'offre le tissu scléreux. Ici encore, l'ampoule rectale était remplie de végétation. J'ai de même tenté la dilatation après cocaïnisation de la muqueuse. J'ai pu passer d'abord la bougie n° 11. Le lendemain, il me fut impossible de passer le n° 12. Alors, avec un ténotome recourbé, j'ai fait quatre sections étendues dans toute la hauteur du rétrécissement. Ensuite, j'ai pu facilement passer les bougies jusqu'au n° 25. Ce malade reçut chaque jour, comme le précédent, des injections d'eau chaude goudronnée à 50°. Au bout de huit jours, les résultats obtenus étaient excellents, la leucorrhée s'était améliorée. Depuis, ce malade m'a quitté, et il continue à passer lui-même les bougies.

Jusqu'ici, j'avais toujours vu la dilatation échouer dans le traitement des rétrécissements du rectum. Les douleurs éprouvées par les malades persistaient, et l'on en était réduit à pratiquer la rectotomie. Je répète donc que, sans avoir le moins du monde l'idée que j'ai guéri radicalement deux cas de rétrécissements « *dits syphilitiques* » du rectum par le vieux procédé de la dilatation, j'ai cru bon néanmoins de vous signaler les deux faits que je viens de vous présenter.

M. Quénu. — La question du traitement des rétrécissements du rectum est trop importante et trop longue pour que je veuille l'aborder dans notre dernière séance. Je veux donc, simplement, faire quelques critiques aux deux cas que vient de nous signaler M. Reclus.

Il y a dans les rétrécissements « dits syphilitiques » du rectum deux éléments : un élément inflammatoire, la rectite, et un autre élément qui est le rétrécissement. Or, ces deux éléments peuvent être dissociés. C'est ainsi que l'on peut voir des rectites partielles. Il faut donc agir dans le traitement des rétrécissements du rectum à la fois sur le facteur rectite et sur le facteur rétrécissement.

Actuellement, nous ne sommes pas encore à même de parler de guérison quand il s'agit du rétrécissement « *dit syphilitique du rectum* ». Dans un cas, six ans après une extirpation du rectum, j'ai eu une récidive.

Je ferai remarquer, enfin, que M. Reclus ne s'est pas servi uniquement de la dilatation. Mais il a fait des lavages à l'eau chaude, il a même, chez son second malade, ajouté le débridement. J'approuve sa pratique. Mais qu'il sache bien qu'il a obtenu une amélioration et non une guérison. Quoi qu'il en soit, une amélioration de ce genre mérite d'être prise en considération quand il s'agit d'une affection aussi rebelle et aussi pénible que le rétrécissement du rectum.

M. Reynier. — Aux deux éléments signalés par M. Quénu, dans le rétrécissement « dit syphilitique » du rectum, j'en ajou-

terai un troisième : c'est l'élément spasmodique analogue à l'élément spasmodique qui caractérise le rétrécissement de l'œsophage ou de l'urèthre. C'est l'élément spasme que M. Reclus a vaincu en faisant des attouchements du rectum à la cocaïne avant de passer les bougies. Mais je suis de l'avis de M. Quénu quand il dit que nous ne guérissons pas les rétrécissements du rectum. Tous les élèves de Gosselin ont soigné et dilaté une femme atteinte de rétrécissement qui est morte du fait de son rétrécissement vingt-cinq ans plus tard.

M. Quénu. — Je ne crois pas à l'élément spasmodique dont parle M. Reynier. Il suffit d'examiner les coupes histologiques de ces rétrécissements et même de toucher ces malades pour voir qu'il n'y a point possibilité de spasme. Ces rétrécissements ne sont donc nullement comparables aux rétrécissements de l'œsophage ni de l'urèthre.

Dans la decription que nous a donnée M. Reclus, le mot ulcération a été plusieurs fois prononcé. Mais les ulcérations sont généralement absentes dans le rétrécissement du rectum, c'est la muqueuse seule qui suppure, et elle suppure au point que mes internes ont souvent cru à l'existence d'un abcès au-dessus du rétrécissement.

M. Reclus. — Je suis d'accord sur ce dernier point avec M. Quénu. A la vérité, il n'y avait point d'ulcération chez mon premier malade. Mais chez le second, il existait un point où la muqueuse était particulièrement érodée et douloureuse.

En définitive, j'ai voulu, je le répète, présenter les résultats immédiats obtenus par la dilatation de deux rétrécissements du rectum. Et je suis, comme mes collègues, très éloigné de croire que je les ai complètement guéris.

M. Terrier. — J'ajouterai un élément dont on ne tient pas assez compte dans ce traitement des rétrécissements du rectum. Ce sont les conditions défectueuses dans lesquelles se trouve, au point de vue de l'intervention curative, le rectum qui charroie sans cesse des matières septiques.

Il convient donc, avant tout, d'empêcher cette septicité continuelle du rectum et, à ce point de vue, la création d'un anus contre nature s'impose avant tout autre intervention.

Présentation de pièces.

M. Quénu présente une tumeur qui siégeait dans le larynx sur la face supérieure de la corde vocale inférieure droite. M. Quénu a d'abord fait la trachéotomie classique, sous le cricoïde, puis il a divisé le thyroïde sur la ligne médiane, fait écarter les deux volets thyroïdiens, et pu ainsi extirper facilement la tumeur. L'opération date de deux jours. M. Quénu présentera le malade et l'observation à la Société.

M. Schwartz présente un calcul biliaire volumineux extrait du canal cystique par cholécystostomie. Ce calcul pèse 20 grammes, mesure 4 centimètres de longueur; 6 centimètres de circonférence et 2 ou 3 centimètres d'épaisseur.

M. Terrier. — Comment était le liquide renfermé dans la vésicule ?

M. Schwartz. — C'était un liquide muqueux, opaque, brunâtre, mais ce n'était plus de la bile... Je n'ai pas pu en faire l'examen bactériologique.

M. Terrier. — Un de mes internes, M. Mignot, vient de faire récemment une thèse dans laquelle il a démontré, expérimentalement, sur des cobayes, que, dans les cas de ligature aseptique de la vésicule biliaire, cette vésicule s'atrophiait; ce qui n'est que la confirmation expérimentale de la loi de Courvoisier. Mais il a démontré, de plus, que si les voies biliaires étaient un tant soit peu infectées, la vésicule, au lieu de s'atrophier, se dilatait et s'enflammait. Il eût donc été intéressant, dans le cas de M. Schwartz, de faire un examen bactériologique du liquide contenu dans la vésicule. J'attire l'attention de mes collègues sur ce point pour leurs opérations futures.

Jean Petit.

En raison des vacances, les séances de la Société de Chirurgie seront suspendues pendant les mois d'août et de septembre.

Erratum.

Dans le compte rendu que nous avons donné de la communication faite par M. Quénu sur le traitement du cancer du rectum, à la séance du 22 juillet (Voir *Gazette Médicale* du 25 juillet 1896, n° 30, page 349), au lieu de : *c'est la possibilité, par l'anus iliaque, d'explorer, avec le doigt mis dans le segment inférieur de l'intestin, les parois pelviennes*, lire : *c'est la possibilité, par l'incision iliaque, d'explorer les parois pelviennes.*

J. P.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet.

Guérison de trois cas de paralysie traumatique par l'élongation des troncs nerveux.

M. Périer lit un rapport sur un travail de M. Mouchet (de Sens), qui a guéri trois cas de paralysie traumatique par l'élongation des troncs nerveux.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait de paralysie du nerf radial. L'opération a été faite à la cocaïne, l'élongation du tronc nerveux a été modérée, du centre à la périphérie. Ces deux cas semblent être d'autant plus prohants que les nerfs n'étaient pas comprimés. Il n'en est pas de même du troisième cas, afférent au nerf tibial postérieur, car avant l'élongation de ce nerf il a fallu le libérer des tissus qui le comprimaient.

M. Monod fait remarquer que le rôle de la compression dans les cas rapportés par M. Mouchet a été probablement plus grand qu'il ne le pense. Dans un cas qui lui est personnel, M. Monod a guéri une paralysie traumatique du nerf cubital par la simple libération de ce nerf sans élongation.

Un cas de pseudo-hermaphrodisme.

M. Pozzi présente un pseudo-hermaphrodite androgyne qui a l'aspect extérieur d'une femme bien constituée. Il n'a jamais eu de règles, mais, chaque mois, depuis l'âge de douze ans, se montrent les phénomènes sympathiques de la menstruation.

Ce sujet a été opéré il y a un an d'une hernie inguino-labiale double qu'on avait supposée être une hernie des annexes. A gauche, on avait enlevé une poche kystique considérée comme un hydrosalpinx et on avait réduit deux organes qui semblaient bien n'être qu'un ovaire et un utérus rudimentaires. A droite, on avait enlevé deux organes qui étaient vraisemblablement un ovaire et une trompe kystiques.

M. Pozzi a été appelé à opérer une récidive de la hernie inguino-labiale gauche. Il a fait la cure radicale et enlevé deux organes dont l'un était un testicule sans spermatozoïdes ni épididyme et l'autre, composé de fibres lisses entrecroisées, était probablement une corne utérine. L'absence d'épididyme sur le testicule enlevé explique la présence de la poche kystique qu'on trouva du côté gauche lors de la première opération et c'est aux dépens de l'épididyme que cette poche s'était formée.

Depuis la dernière opération, le sujet semble éprouver des désirs génésiques pour le sexe mâle. Ces désirs faisaient auparavant défaut.

M. Zambaco lit un travail dans lequel il démontre que l'*ainhum des nègres* aussi bien que l'*ainhum nostras* ne sont qu'une modalité de la lèpre.

M. Moty donne communication d'un travail sur la pathogénie de la *maladie de Fauchard* ou chute prématurée des dents saines en apparence, travail dans lequel il montre que cette chute des dents est due à l'oblitération progressive de la cavité pulpaire par des dépôts de dentine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet.

Manifestations hystériques d'origine paludéenne.

M. Lemoine. — Je vous présente un hystérique chez lequel les manifestations de la névrose semblent avoir été déterminées par le paludisme. C'est un ancien soldat, sans antécédents héréditaires, qui eut des accès de fièvre paludéenne au Tonkin et qui, lors de son retour en France, fut pris de crises de hoquet et d'éructations s'accompagnant de météorisme abdominal. Ces crises surviennent très irrégulièrement et chacune d'elles dure dix minutes à un quart d'heure. De plus, un bégaiement léger, remontant à l'enfance, s'est accentué d'une façon notable

Ce malade présente une hémianesthésie de toute la moitié droite du corps et un rétrécissement concentrique du champ visuel.

En outre, en appuyant profondément sur un point très limité de la région hépatique, on provoque un accès violent de hoquet accompagné de tympanisme abdominal. Il n'existe pas de zone semblable du côté gauche, où la pression profonde ne détermine qu'un peu de douleur. Cet homme a été traité dans différents hôpitaux pour une congestion du foie d'origine paludéenne. Cet organe, d'ailleurs, déborde encore un peu les fausses côtes.

En présence de cette particularité, il est permis de penser que l'existence d'une zone hystérogène au niveau du foie est en rapport avec l'affection qui a été la cause provocatrice de la névrose.

M. Hanot. — Sous le nom d'*hystérie hépatique*, on a décrit en Allemagne une affection qui se manifeste par des crises offrant tous les caractères de la colique hépatique.

M. Hayem. — J'ai observé autrefois une hystérique chez laquelle les manifestations de la névrose étaient localisées à l'appareil digestif.

Il s'agit d'une jeune fille chez laquelle j'ai provoqué une attaque d'hystérie en pratiquant le cathétérisme de l'œsophage. Il existait donc probablement chez elle une zone hystérogène œsophagienne. Quelque temps après, cette jeune fille revint dans mon service pour se faire traiter d'une anorexie hystérique.

Sérodiagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Achard. — J'ai essayé le procédé de sérodiagnostic de M. Widal dans 6 cas avec des résultats 3 fois négatifs et 3 fois positifs, mais confirmant toujours la valeur de ce procédé.

Parmi les cas négatifs, 2 concernent des malades entrés à l'hôpital avec des symptômes douteux; l'examen du sérum a permis d'écarter l'hypothèse d'une fièvre typhoïde. Dès le lendemain, d'ailleurs, la fièvre était tombée.

Le troisième cas est relatif à un jeune garçon de seize ans, qui fut atteint, en même temps que son père, de symptômes ressemblant à ceux de la fièvre typhoïde. L'examen du sérum a permis d'éliminer ce diagnostic et l'évolution clinique de la maladie a montré qu'il s'agissait en réalité d'un embarras gastrique fébrile. Le père de ce jeune homme a été pris de la même affection

J'arrive maintenant aux cas positifs. Chez un malade atteint d'une rechute de fièvre typhoïde, après huit jours d'apyrexie, j'ai constaté avec une intensité particulière le phénomène de l'agglutination. Dans le second cas, il s'agit d'une femme qui présenta des symptômes de fièvre typhoïde et, quelques jours après, une angine avec exsudat; l'examen du sérum montra qu'il s'agissait réellement d'une fièvre typhoïde compliquée d'angine. Le dernier cas concerne un homme de 56 ans, entré avec une fièvre vive et une diarrhée modérée, mais sans stupeur ni adynamie. Le résultat de l'examen du sérum fut positif: malgré l'âge avancé du malade, il s'agissait d'une fièvre typhoïde. Du reste, j'ai fait aussi la ponction de la rate et j'y ai trouvé à l'état de pureté le bacille d'Eberth. Aucun doute ne peut donc subsister sur la nature de la maladie, et ce fait montre bien la valeur de l'examen du sérum comme moyen de diagnostic.

M. Widal. — J'ai trouvé actuellement la réaction agglutinante dans 14 cas personnels de fièvre typhoïde. Chez les individus sains ou atteints de maladies diverses, mes résultats ont toujours été jusqu'ici négatifs.

Chez 4 nouveaux malades, arrivés à l'hôpital le huitième jour de l'affection, le phénomène en question existait déjà. Chez un autre, la réaction manquait encore le sixième jour et j'ai assisté à son apparition le septième. La date d'apparition de ce phénomène peut être variable d'un jour à l'autre. Il semble qu'en pratique on puisse généralement compter sur lui à partir du septième ou huitième jour, mais il peut être sensible beaucoup plus tôt, car dans le seul cas où nous avons pu examiner le sang au cinquième jour, le phénomène dont il s'agit existait déjà.

J'ai examiné 11 malades atteints d'embarras gastrique fébrile, sans trouver la réaction; la clinique a confirmé les données fournies par le sérodiagnostic. Dans un de ces cas, le diagnostic, pendant quelques jours, avait été tellement hésitant entre une typhoïdette et un embarras gastrique fébrile que, pour contrôler la valeur du sérodiagnostic, j'ai ensemencé une goutte de sang retirée par ponction de la rate et n'ai obtenu que des staphylocoques blancs; il ne s'agissait donc pas de dothiénentérie.

J'ai encore constaté la réaction au moyen du sérum dans un cas de fièvre typhoïde à forme légère. Ces premiers faits semblent indiquer que le sérodiagnostic pourra servir à différencier les typhoïdettes des maladies dites embarras gastriques fébriles.

D'autre part, avec mon interne, M. Sicard, nous avons constaté qu'une goutte d'urine de typhique, prise à l'émission et mélangée à dix gouttes de culture de bacille d'Eberth, donnait lieu souvent à la formation d'amas, mais ce phénomène est inconstant, variable d'un jour à l'autre, et il manque parfois alors qu'il est nettement apparent avec le sérum. De plus, l'urine de gens bien portants fournit parfois également des amas dans ces conditions. On ne peut encore tirer de ces faits aucune conclusion.

Voici la marche que je suis actuellement dans la pratique du sérodiagnostic. Je commence toujours par l'examen extemporané. A dix gouttes d'une culture de bacille d'Eberth, vieille de un ou deux jours, faite en bouillon bien neutre, j'ajoute une goutte de sérum provenant du sang retiré par piqûre du doigt, après lavage antiseptique de la peau et flambage du godet d'hématimètre, suivant le procédé déjà indiqué. Une goutte du mélange, placée entre lame et lamelle, est immédiatement examinée au microscope et comparée avec une préparation faite avec la culture avant l'addition du sérum. Si je vois des amas caractéristiques, nombreux et confluents, parsemant tous les points de la préparation à la façon des îlots d'un archipel, mon diagnostic est fait. Parfois la préparation est agitée de mouvements browniens et l'aspect est plus net après un quart d'heure ou une demi-heure de repos. Si les amas, tout en étant caractéristiques, ne sont pas très confluents, je conserve le mélange que j'examine à nouveau au microscope au bout de quelques heures. Après ce laps de temps, le phénomène est souvent plus apparent.

En cas de résultat négatif, je réitère plusieurs jours de suite l'examen, si les symptômes suspects persistent. Dans tous les cas où j'ai obtenu des résultats positifs, le phénomène n'a manqué qu'une seule fois, lors de mon premier examen. Il s'agissait d'un typhique au sixième jour, et chez lui le phénomène apparaissait le lendemain. Lorsque je veux poursuivre complètement la réalisation du phénomène en question, je mélange une partie de sérum à dix ou quinze parties de bouillon, j'ensemence avec le bacille d'Eberth et je mets à l'étuve à 37°. Au bout de vingt-quatre heures, le bouillon s'éclaircit, des grumeaux se déposent au fond du tube et les amas vus au microscope sont des plus nets. J'emploie dans ces conditions du sérum puisé aseptiquement dans la

veine. Ce procédé était même le seul qui me servait tout au début de mes recherches.

MM. Lemoine, Siredey et **Ménétrier** relatent également des observations qui montrent le bénéfice que l'on peut retirer du procédé de M. Widal pour le diagnostic de la fièvre typhoïde.

M. Hayem. — En présence d'un malade présentant un état fébrile ressemblant à celui de la fièvre typhoïde, il suffit de faire l'examen du sang pour éclairer le diagnostic. Si on ne trouve dans le sang ni augmentation de la fibrine, ni augmentation des leucocytes, on peut affirmer qu'il s'agit de la fièvre typhoïde. Ces caractères existent dès le début de la fièvre; ils permettent donc de faire le diagnostic de très bonne heure.

Des règles à observer pour la stérilisation du lait.

M. Marfan. — J'ai été appelé dans ces dernières semaines à voir un assez grand nombre de nourrissons atteints de diarrhées toxi-infectieuses, fébriles, apyrétiques ou algides, mais toutes très graves. Dans quelques cas, il y avait eu violation grossière des règles de l'allaitement et la genèse de la diarrhée n'était pas difficile à trouver; au contraire, dans quelques autres, les enfants étaient alimentés très régulièrement au moyen de lait stérilisé avec le plus grand soin par la mère. Mais l'enquête à laquelle je me suis livré m'a montré qu'entre le moment de la traite et celui du chauffage il s'était écoulé plusieurs heures, c'est-à-dire beaucoup plus de temps qu'il n'en faut, surtout pendant l'été, pour que le lait subisse des altérations. Après ce délai, on a beau soumettre le lait à l'action de la chaleur, on détruit les ferments, on ne détruit pas les produits de la fermentation et on fait prendre au nourrisson un lait déjà corrompu.

Je crois donc que lorsqu'on peut se procurer facilement du lait, et que ce lait peut être soumis à l'action de la chaleur quelques instants après la traite, on aura recours à la méthode de Soxhlet ou à l'ébullition qui est presque aussi bonne, à la condition d'assurer la parfaite propreté des vases, des biberons et des tétines. Quand, au contraire, on ne peut soumettre le lait à l'action de la chaleur que plusieurs heures après la traite, il faut employer le lait stérilisé dans l'industrie.

Kyste hydatique volumineux du foie ; incision suivie de mort rapide.

M. Le Gendre communique l'observation d'un jeune homme de vingt-neuf ans, qui était atteint d'un kyste hydatique volumineux du foie avec déplacement considérable du cœur. Une intervention ayant été jugée nécessaire, on pratiqua une incision qui donna issue à deux litres environ d'un liquide limpide, clair comme de l'eau de roche.

L'opération parut bien supportée, mais le même jour, vers quatre heures, le malade fut pris de toux, son visage et ses extrémités se cyanosèrent et il succomhait dans la soirée, sans avoir présenté ni expectoration albumineuse, ni hémoptysie.

L'autopsie n'ayant pas été pratiquée, on ne peut invoquer pour expliquer cette mort rapide que la décompression brusque des poumons et le retour du cœur dans sa position normale.

M. Rendu. — En présence d'un kyste hydatique du foie non suppuré, il ne faut pas, selon moi, se hâter d'avoir recours à l'intervention chirurgicale. Ces kystes, en effet, — on en a rapporté plusieurs exemples ici même,— peuvent parfaitement guérir par une simple ponction suivie d'une injection de sublimé.

C'est seulement en présence d'un kyste suppuré qu'on est autorisé, je crois, à recourir à une opération. Dans le cas de M. Le Gendre, il est probable que la mort a été la conséquence d'une décompression trop brusque des poumons. J'ai vu récemment un malade qui, à la suite de l'incision d'un volumineux kyste du foie, présenta une hémoptysie et des signes de congestion pulmonaire.

M. Hanot. — Je crois aussi que les kystes non suppurés peuvent guérir par la simple ponction suivie d'une injection de sublimé, à la condition, cependant, que ces kystes soient de petit volume. Les grands kystes, au contraire, résistent à ce mode de traitement.

De la classification des gastrites.

M. Hayem. — Il résulte de mes nombreuses recherches que les différentes variété de gastrite peuvent être classées de la façon suivante:

1° *Gastrite parenchymateuse et glandulaire*, comprenant deux variétés : *a) gastrite parenchymateuse hyperplasique*, caractérisée par une multiplication des cellules principales et une raréfaction des cellules de bordure; ou bien par une multiplication ou une hypertrophie des cellules de bordure avec raréfaction des cellules principales; ou, enfin, par une multiplication des cellules des deux espèces ; *b) gastrite parenchymateuse dégénérative ;*

2° *Gastrite interstitielle aiguë ou subaiguë, chronique ou scléreuse ;*

3° *Gastrites mixtes ;*

4° *Processus terminaux*, se traduisant par une transformation muqueuse ou une atrophie de tous les éléments de la muqueuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 juillet.

Ophtalmoplégie externe totale et paralysie laryngée relevant d'une névrite périphérique à marche rapide chez un malade atteint de tabes au début.

MM. Déjerine et **Petreen** rapportent l'observation d'un malade, âgé de 49 ans, atteint depuis déjà longtemps de douleurs fulgurantes et chez lequel se sont rapidement développées une paralysie des muscles des yeux et de la dyspnée inspiratoire. Ce malade présentait de l'abolition des réflexes patellaires, des troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs avec retard de la transmission, une ophtalmoplégie externe bilatérale, des pupilles normales, le réflexe lumineux et le réflexe de l'accommodation étaient normaux, le fond de l'œil était intact.

A côté de l'appareil respiratoire, il y avait une inspiration difficile causée par une paralysie des muscles dilatateurs de la glotte avec accès de suffocation. Les muscles de la face, de la langue, du pharynx étaient normaux.

Le malade est mort rapidement deux mois après le début des accidents oculaires et laryngés, succombant à un accès d'étouffement.

L'étude anatomo-pathologique a révélé, outre la sclérose des cordons postérieurs et l'atrophie des racines postérieures, une atrophie nette des troncs et des racines du pneumogastrique, du spinal, du récurrent, du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe. Ces nerfs étaient atteints de névrite parenchymateuse comme le sont les nerfs sectionnés, deux mois après la section. On notait des lésions analogues dans les branches intramusculaires de ces différents nerfs. Enfin, on n'a pas trouvé de lésions dans les noyaux bulbaires et protubérantiels de ces nerfs. Et, tandis que leurs racines émergeant du bulbe ou de la protubérance étaient atteintes comme les troncs nerveux eux-mêmes de névrite parenchymateuse, ces mêmes racines étaient saines dans leur trajet intra-pédonculaire et intra-protubérantiel.

Il est donc intéressant de voir, dans un cas de tabes confirmé, les troubles oculaires et les troubles laryngés relever uniquement de lésions de névrite parenchymateuse aiguë.

Paralysie et atrophie musculaire consécutives à des injections de cultures atérilisées de pneumocoques.

M. Remlinger présente un lapin chez lequel une série d'injections de cultures stérilisées de pneumocoques a déterminé, au milieu de fièvre, de torpeur et d'inappétence, l'apparition d'une

atrophie symétrique des muscles des membres antérieurs. Aujourd'hui, l'état général est excellent mais l'atrophie persiste.

Il est probable qu'il s'agit là d'une myélite analogue aux myélites observées chez l'homme dans l'infection pneumonique.

Pésence du pneumocoque seul dans la pneumonie lobaire suppurée.

M. Griffon. — J'ai examiné bactériologiquement cinq cas de pneumonie lobaire suppurée et je n'ai jamais rencontré qu'un seul microbe : le pneumocoque. Contrairement donc à la plupart des auteurs qui disent que la suppuration du poumon dans la pneumonie est le fait d'infections secondaires dues au streptocoque ou au staphylocoque pyogène, je pense avec Zenker que le pneumocoque est un microbe capable de devenir pyogène. Seulement, tandis que Zenker considère la pyogénie de ce microbe comme due à une exaltation de sa virulence, je pense, au contraire, qu'elle est due à une diminution de son activité et de sa virulence.

Action toxique des alcools.

M. Viala, ayant entrepris avec M. Charrin une étude comparative sur la toxicité des divers alcools livrés à la consommation, est arrivé à ce résultat que les alcools considérés comme les meilleurs peuvent avoir, pris à forte dose, les effets immédiats les plus toxiques, mais s'ils sont ingérés à petite dose, les alcools supérieurs sont moins nuisibles que les autres. Ils font maigrir moins rapidement les animaux ; ils occasionnent des dégénérescences moins marquées des cellules du foie.

Du réflexe crémastérien chez les neurasthéniques.

M. Critzmann a constaté l'abolition du réflexe crémastérien chez tous les neurasthéniques héréditaires.

Au contraire, dans trois cas de neurasthénie acquise, ce réflexe était conservé. Le réflexe bulbo-caverneux est aussi modifié dans la neurasthénie ; il est en général atténué sinon aboli. Enfin, il n'y aurait aucune relation entre l'abolition du réflexe et l'impuissance génitale.

Sur le premier stade de l'infection dans l'aspergillose expérimentale.

M. Rénon, d'après ses recherches, pense avoir mis hors de doute l'action de la leucocytose au début de l'aspergillose.

Action des toxines sur la lymphe.

M. Charrin, ayant injecté des toxines pyocyaniques dans les veines, a vu la lymphe augmenter considérablement. De plus cette lymphe devient incoagulable, lactescente, comme après la digestion, puis rosée selon la quantité de toxines injectée.

Ces expériences expliquent la diffusion de certains virus qui cheminent par la voie lymphatique. Elles expliquent aussi certains œdèmes, certaines infiltrations observées aux cours des infections ; elles touchent également à la grande question des modifications humorales, à celle des variations de pression. C'est là un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire des propriétés fonctionnelles des toxines.

Sur l'anthracose pulmonaire.

MM. Claisse et Josué ont cherché à préciser, par des expériences, l'influence des états morbides sur l'anthracose pulmonaire, et l'influence de l'anthracose sur l'évolution des états morbides. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

a) D'une part, les diverses tares favorisent la production de l'anthracose pulmonaire et l'existence d'anthracose, chez un sujet qui n'est pas particulièrement exposé aux poussières de charbon, est l'indice d'un état pathologique ;

b) D'autre part, chez un sujet exempt d'autre tare physiologique, l'anthracose a peu d'influence sur l'évolution des états morbides.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 juillet.

A propos de la spécificité du gonocoque.

M. Pichevin déclare qu'actuellement les recherches bactériologiques et l'expérimentation ne permettent plus de douter de cette spécificité.

M. Porak demande si cliniquement on peut affirmer qu'une femme est absolument guérie d'une affection gonococcienne, et s'il n'existe pas un moyen de déceler le gonocoque dans les vaginites anciennes.

M. Pichevin. — Le gonocoque a été retrouvé dans le col utérin six ans après l'infection et c'est à ce niveau qu'il faut le rechercher.

M. Doléris ne croit pas qu'il y a actuellement un procédé qui permette d'affirmer d'une façon précise que le gonocoque a disparu d'une façon complète des organes génitaux de la femme.

M. Petit fait remarquer combien les signes qui permettent de distinguer le gonocoque sont peu caractéristiques, puisqu'ils ne sont pas admis en médecine légale.

M. Budin insiste sur l'importance qu'il y aurait à pouvoir faire le diagnostic certain de la non-existence du gonocoque chez l'homme lorsqu'il s'agit d'autoriser un mariage. Les médecins se désintéressent trop de cette question et pourtant le gonocoque produit chez les femmes des conséquences formidables : endométrites, salpingites, stérilité.

Pessaire intra-utérin.

M. Petit présente un pessaire intra-utérin, destiné à combattre l'antéflexion ; le pessaire, qui est creux, doit être laissé en place un certain temps. Dans un certain nombre de cas obtenus par M. Bouilly, la grossesse a suivi l'application de ce pessaire : il servirait donc à combattre la stérilité.

M. Doléris fait observer que les pessaires intra-utérins ne s'attaquent qu'à une des causes de la stérilité, l'antéflexion, et laissent de côté les malformations du col et les états pathologiques de la muqueuse.

On obtiendra de bons résultats avec le massage, la dilatation et les opérations plastiques sur le col.

M. Valency présente un bidet-lit, destiné à permettre aux femmes de prendre des injections prolongées dans le décubitus dorsal.

LES LIVRES

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Les toxines microbiennes et animales, par le docteur Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Grand in-8° de 620 pages, avec 20 figures dans le texte. Prix : 15 francs.

Aujourd'hui qu'il est établi que les causes directes de la maladie et du retour à la santé résident dans l'action des poisons, ferments et contrepoisons sécrétés par les microbes ou par l'organisme lui-même, il est naturel de se demander ce que sont ces toxines, ces ferments, ces antitoxines, agents immédiats des désordres pathologiques et de la résistance de l'économie à l'intoxication.

Sur le sujet si nouveau des toxines et des antitoxines, aucun ouvrage n'avait encore été écrit nulle part ; personne, sans doute, ne pouvait mieux résoudre ce desideratum que celui

auquel nous devons la découverte même des premières toxines microbiennes et animales.

Dans l'ouvrage de 620 pages in-8° que M. Armand Gautier publie aujourd'hui sur les toxines microbiennes et animales, il décrit d'abord les toxines alcaloïdes ou ptomaïnes et leucomaïnes, leur origine, leurs procédés d'extraction et de séparation. Il fait l'histoire de toutes celles qui sont actuellement connues.

M. A. Gautier aborde ensuite l'étude des toxines proprement dites. Leur origine, leur nature, leur séparation des bouillons de culture, leur élimination de l'économie sont le sujet de chapitres successifs. L'auteur examine ensuite la constitution des virus, leur atténuation, leur transformation en vaccins, les mécanismes de l'immunisation; la phagocytose, la production et la nature des antitoxines, la sérothérapie. Il étudie enfin chaque groupe de toxines en particulier: toxines et ferments végétaux (abrine, ricine), toxines et ferments animaux, toxines urinaires, sudorales, extraites des glandes, toxines des venins (qui forment un important chapitre de 48 pages); chairs et sangs vénéneux. Enfin, il fait l'histoire des toxines des maladies virulentes: toxines du charbon, de la tuberculose, de la diphtérie, du tétanos, de la morve, de la fièvre typhoïde, du choléra, de l'érysipèle, de la septicémie, de la pneumonie, des staphylocoque, gonocoque, etc.

A tous ceux qu'intéressent les grandes découvertes médicales de l'Ecole moderne, à tous les curieux des phénomènes de la vie, un tel livre est donc indispensable. Une bibliographie très complète permet au lecteur de recourir, lorsqu'il le désire, aux mémoires originaux et de compléter ses renseignements en chaque cas. Ajoutons que l'édition fait honneur à la Société qui la publie. L'impression est parfaite.

Chez Masson et Cie.

Manuel théorique et pratique du strabisme, par E. Javal, directeur du laboratoire d'ophtalmologie (Ecole des Hautes-Etudes), membre de l'Académie de médecine, 1 vol. in-18 avec 44 figures dans le texte, une planche en couleurs et un étui contenant 48 cartons stéréoscopiques, 5 fr.

Cette monographie est le seul ouvrage important qui ait jamais été publié sur le strabisme. Sans négliger les travaux de ses devanciers, l'auteur expose plus particulièrement ses vues théoriques et les procédés de guérison qu'il a inventés et perfectionnés pendant une pratique de plus de trente ans.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Rieffel et Villemin.

Concours pour l'emploi de chef de clinique à la Cinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Un concours pour l'admissibilité à deux emplois de chef de clinique s'ouvrira le 7 août 1896. Se faire inscrire tous les jours, de 1 heure à 4 heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, jusqu'au 31 juillet 1896.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Circulaire ministérielle relative aux candidats ajournés aux examens de doctorat dans les Ecoles de médecine.

Le ministre de l'instruction publique a été saisi de diverses demandes émanant d'étudiants en médecine, inscrits dans les Ecoles réorganisées, qui désireraient être autorisés à réparer en août, dans ces Ecoles mêmes, l'échec qu'ils ont subi durant la session d'avril aux épreuves de la première partie du deuxième examen de doctorat.

La section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique, à laquelle cette question a été soumise, a reconnu qu'en présence des modifications apportées par les articles 7 et 8 du décret du 31 juillet 1893 et par la circulaire du 7 mars 1894 au régime des examens subis dans les Ecoles préparatoires réorganisées, il serait rigoureux de continuer à maintenir les dispositions du décret du 1er août 1883 (art. 11). Elle a été, en conséquence, d'avis qu'il convenait de donner suite aux demandes précitées. De son côté, le ministre a adopté cet avis.

En conséquence, les recteurs d'académies sont priés de porter cette décision à la connaissance du doyen de la Faculté de médecine, et de l'inviter à en donner avis au professeur chargé de présider la deuxième partie du deuxième examen de doctorat pendant la prochaine session. Ils sont priés d'aviser aussi de ces dispositions les directeurs des Ecoles de plein exercice et des Ecoles préparatoires réorganisées de leur ressort.

Ecole de médecine de Grenoble.

Un concours s'ouvrira, le 25 janvier 1897, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Ecole de médecine de Poitiers.

M. Guitteau, licencié ès sciences physiques et naturelles, est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

ACTES OFFICIELS

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Grand-croix. — M. le docteur Berthelot (secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences).

Officier. — M. le docteur Metchnikoff (de Paris).

Chevaliers. — MM. les docteurs Gross (de Nancy); Livon (de Marseille).

Sont nommés:

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs François Franck, Letulle, E.-J. Marey, Quesneville (de Paris); Albart de la Garde (de Poitiers); Bard (de Lyon); Bertholet (de Grenoble); Forgue, Truc (de Montpellier); F. Hue (de Rouen); F. Joüon (de Nantes); Nepveu (de Marseille); Piéchaud (de Bordeaux).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Balhiani, Charrin, Châtellier, Hallion, Ranvier, Ricard (de Paris); Ahelous, Terson (de Toulouse); Alezais (de Marseille); Barthe, Moure, Princeteau (de Bordeaux); Bolot (de Besançon); Chévy (de Reims); Courmont, Roque (de Lyon); Delaunay (de Poitiers); Delotte (de Limoges); Deschamps (de Grenohle); Godinat (de Châteauroux); Lagarde (de Montauhan); Laguesse (de Lille); Moulonguet (d'Amiens); Vallois, Vialleton (de Montpellier); Zipfel (de Dijon); M. Desq (préparateur à la Faculté de médecine de Montpellier).

VARIA

Prix proposés par la Société de chirurgie de Paris pour l'année 1897.

Prix Gerdy. — Question: *Des névrites périphériques au point de vue chirurgical.*

Prix Demarquay. — Question: *De l'intervention chirurgicale dans les gangrènes pulmonaires.*

NOTES POUR L'INTERNAT

L'abondance des matières nous oblige à remettre à notre prochain numéro la suite de la **Physiologie de la déglutition.**

Le Directeur Gérant: F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 32 8 Aout 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

5° La tunique fibreuse.

Le fascia transversalis se continue dans les bourses sous le nom de tunique fibreuse ou fibro-celluleuse; les auteurs allemands le dénomment tunique vaginale commune, parce que le feuillet pariétal de la séreuse vaginale est plaqué contre sa face profonde; mais ce mot est, à mon avis, détestable, pour la raison que s'il ne consacre pas une erreur — les mots n'ont pas d'autre sens que celui qu'on veut bien leur attribuer — il prête au moins à confusion.

La couche fibreuse (Barrois dit fibroïde) des enveloppes du testicule est mince et plutôt celluleuse à la partie supérieure du cordon : au niveau du testicule, elle se charge de fibres conjonctives et de fibres élastiques; là, elle devient épaisse et résistante; sur sa face superficielle les faisceaux striés du crémaster externe viennent s'insérer; sous sa face profonde s'étalent quelques fibres musculaires lisses dont j'aurai à parler plus loin.

C. Correctif à la théorie de Carus.

Je viens de montrer comment le testicule, en descendant des lombes vers le périnée, s'entourait de ses enveloppes communes; mais cette description, très propre à seconder la mémoire, est, en réalité, schématique à certains égards : il convient d'y apporter quelques corrections. La vérité est bien, je crois, qu'en effectuant sa migration, le testicule ou bien le gubernaculum — cela est tout un — entraîne avec lui la partie musculo-aponévrotique de la paroi abdominale; mais la vérité est aussi qu'au moment où il émerge du canal inguinal, ce testicule trouve un sac cutané tout développé, tout préparé, rempli d'une espèce de masse molle et gélatineuse, et dans lequel il n'a qu'à se laisser tomber en glissant sous la peau du ventre. Au reste, cela n'a qu'une minime importance, l'appareil tégumentaire présentant, à peu de choses près, sur toute la surface du corps, les mêmes grands caractères.

En quelques mots, voici comment se développe ce sac cutané scrotal. Au début de la vie embryonnaire, la portion terminale de l'intestin, l'allantoïde, le canal de Wolff et le canal de Muller s'ouvrent dans une cavité commune qui porte le nom de cloaque. Vers le deuxième mois, se détache de la paroi supérieure de cette cavité un bourgeon mésodermique qui, sous le nom d'éperon périnéal, descend verticalement et forme une cloison transversale : celle-ci divise le cloaque en deux loges désormais séparées et indépendantes. La loge postérieure s'appelle anus; c'est dans son intérieur que débouche l'intestin. La loge antérieure porte le nom de sinus uro-génital; c'est à elle que confluent le pédicule allantoïdien, le canal de Wolff et le canal de Muller. L'anus et le sinus uro-génital s'ouvrent l'un et l'autre au dehors, sur la peau; il existe donc un orifice extérieur ou cutané de l'anus, et un orifice extérieur ou cutané du sinus uro-génital. Cet orifice du sinus uro-génital est allongé d'avant en arrière : c'est une sorte de fente; on l'appelle fissure vulvaire. Mais au moment où commence le cloisonnement du cloaque, apparaît, au-dessus et en avant de cette fente, un renflement qui s'accroît rapidement : c'est le phallus. Ce phallus s'entoure bientôt d'un repli cutané droit et d'un repli cutané gauche qui se prolongent le long de la fissure vulvaire et se réunissent en arrière d'elle. Chacun de ces replis est divisé par un sillon parallèle à son grand axe en deux lèvres : la lèvre interne est appelée petite lèvre et la lèvre externe est appelée grande lèvre. Chez l'homme, la petite lèvre droite, en se soudant à la petite lèvre gauche, clôt la fente vulvaire et va former la muqueuse de la région bulbaire de l'urèthre : la grande lèvre droite, en s'unissant à la grande lèvre gauche, constitue le sac cutané du scrotum. Ainsi se comble le sillon génital;

le raphé du scrotum et le raphé du périnée sont plus tard la seule trace qui reste de lui.

Chez l'homme, la formation du scrotum est donc indépendante de la migration testiculaire; elle l'est aussi chez les mammifères qui sont nos plus proches voisins: mais chez les rongeurs et les insectivores, comme le font remarquer C. Gegenbaur (1), Klaatsch (2), le développement de la poche scrotale, qui n'est, du reste, caractérisée que par une légère voussure des téguments, est la conséquence évidente de l'apparition du testicule en dehors du canal inguinal. Chez quelques espèces de singes, même, le scrotum « ne se forme que par déplacement du testicule »; à vrai dire, la peau, d'après Klaatsch, présente toujours dans cette région quelques caractères particuliers (absence de pigment, rareté des poils, présence de fibres dartoïques): mais, au total, il n'existe de véritable ébauche scrotale indépendante de la migration du testicule que chez les marsupiaux, les carnivores, les pachydermes, les ruminants, les prosimiens, l'homme, chez tous ceux, enfin, qui ne sont pas soumis au phénomène de la descente périodique.

Voilà donc comment le testicule s'enveloppe dans ses tuniques propres. Au résumé, il trouve, en avant du périnée, un sac cutané tout préparé pour le recevoir; mais, à mesure qu'il descend, son gubernaculum et lui se font jour an travers du tendon du grand oblique et refoulent, pour s'en coiffer, les fibres du petit oblique ou celles du transverse et le fascia transversalis. Il n'est pas besoin, pour cela, d'imaginer que ce testicule « voyage avec la puissance mystérieuse et le sans-façon d'un projectile » et je crois que M. Sappey a été un peu sévère pour Carus en jugeant la théorie de celui-ci « indigne de l'accueil qu'elle a reçu en France » (3).

D. Comment le testicule s'entoure de ses enveloppes propres.

Je vais étudier maintenant comment le testicule se coiffe de ses tuniques propres : la vaginale et le crémaster lisse. Le sujet est obscur et difficile : c'est, au résumé, l'histoire de la migration qu'il faut écrire. Mais, avant tout, il importe de faire la topographie du testicule fœtal.

I. Le testicule abdominal.

Pendant les trois premiers mois de la vie embryonnaire, le testicule est placé dans la région lombaire, contre le flanc de la colonne vertébrale, sur le front du psoas, en dedans du rein primordial dont il déborde l'extrémité inférieure d'un bon centimètre, en haut et en dedans d'un grand repli péritonéal cœco-pariétal, sur la face interne duquel il glissera plus tard (je parle du côté droit) pour accomplir sa migration, à un demi-centimètre environ en dehors du rectum. Le rectum, à cet âge, comme tous les organes pelviens, déborde par en haut la cavité du petit bassin et plonge par son extrémité supérieure dans l'abdomen: il n'a pas de méso-péritonéal. Dans le beau mémoire dont j'ai déjà plusieurs fois parlé, John Hunter a bien mis en relief la plupart des détails qui concernent l'anatomie du testicule fœtal.

Le testicule est vertical, et quoiqu'il soit à peu près arrondi, on peut dire que, déjà orienté comme il le sera plus tard, il présente deux faces latérales, un bord antérieur et un bord postérieur légèrement tourné en dedans vers le psoas. Sur le côté externe de ce bord postérieur est couché l'épididyme, dont la tête, volumineuse, dépasse un peu l'extrémité supérieure du testicule pour la déborder un peu en dehors et dont la queue, pointue, se continue avec le canal déférent. Celui-ci, dont les sinuosités ne sont pas encore bien dessinées et qui n'est légèrement flexueux que dans la première partie de son trajet, contourne de dehors en dedans et d'arrière en avant l'extrémité inférieure de la glande, puis se porte en bas et en dedans, en passant pardessous l'insertion du gubernaculum, saute par-dessus l'artère ombilicale, s'engage (cela est très net chez les fœtus de vache et de brebis) entre cette artère et l'ouraque, s'enfouit alors dans le petit bassin, passe par-dessus l'uretère qu'il croise à angle droit, et se dirige vers la vessie qu'il aborde par sa face inférieure.

La tête de l'épididyme est grosse et ronde, elle adhère au testicule; sa queue est mince et plate, elle adhère aussi au testicule. Mais, entre le corps de l'épididyme et le bord postérieur du testicule, existe un sillon profond, une espèce de cul-de-sac qui se rétrécit, toutes proportions gardées, à mesure que le fœtus avance en âge: c'est par ce sillon que les vaisseaux pénètrent dans la glande, juste au-dessous de la tête épididymaire.

Le testicule est situé en arrière du péritoine, comme le rein et l'uretère; mais ici la séreuse abdominale, à l'encontre de ce qu'elle fait pour ces deux derniers organes qu'elle applique purement et simplement sur la paroi postérieure du ventre, tapisse le bord antérieur et les faces latérales de la glande génitale, et lui forme en arrière un repli assez large et aplati qui la rattache à la paroi abdominale et au corps de Wolff. Ce repli est appelé mésotestis, mésorchium de Seiler (1) ou mésorchide: c'est dans son intérieur que cheminent les vaisseaux spermatiques qui arrivent, de dedans en dehors, vers l'extrémité supérieure de la face interne de l'épididyme et la contournent pour se porter en bas et en dehors, s'engager dans le sillon interépididymo-testiculaire et pénétrer dans la glande.

Cet appareil vasculaire du testicule se compose pour chaque glande : 1° de deux artères sinueuses, l'une supérieure, importante, qui vient de l'aorte ou de la rénale et se distribue à la partie supérieure du testicule; l'autre, inférieure, plus petite (John Hunter), qui se détache de l'artère iliaque interne et aboutit à l'extrémité inférieure de la glande: 2° d'une veine qui débouche, à droite, dans la veine cave inférieure et, à gauche, dans la veine rénale. Dans ce pédicule vasculaire sont comme emprisonnées les mailles du plexus testiculaire, émanation du sympathique abdominal.

(1) Carl Gegenbaur : *Manuel d'anatomie comparée*, p. 841. Chez Reinwald, Paris, 1874.

(2) Klaatsch : *Ueber den Descensus testiculorum (Morphol. Jahrbuch, XVI, 4).* Analysé dans *Revue des sciences médicales d'Hayem*, par Prenant, 1892, p. 17.

(3) Ph. Sappey : *Traité d'anatomie descriptive*, t. IV, p. 605. Chez Delahaye, Paris, 1879, 3e édition.

(1) B. S. Seiler : *Observationes nonnulæ de testiculorum ex abdomine in scrotum descensa et partium genitalium anomaliis.* Leipsick, 1817.

Je viens de dire que durant les trois premiers mois de la vie fœtale les testicules sont situés dans la région lombaire au-dessous des reins, et que de leur extrémité inférieure se détache le gubernaculum testis. Ces deux faits — classiques depuis longtemps — sont contestés par Bramann (1). Pour cet auteur, les testicules, au commencement du troisième mois, seraient situés tout près (1 millimètre) de l'orifice profond du canal inguinal: au commencement du quatrième, ils seraient encore plus bas placés, tout contre l'orifice, et c'est seulement à partir de cette époque qu'ils subiraient un mouvement d'ascension vers la fosse iliaque pour descendre ensuite et sortir du ventre vers le septième mois. De telle sorte, au résumé, que le testicule serait situé d'abord dans la région lombaire où il prend naissance, émigrerait ensuite vers la région inguinale, remonterait ultérieurement dans la fosse iliaque et redescendrait enfin vers les bourses. Quant au gubernaculum, c'est seulement à la fin du quatrième mois qu'il s'unirait à l'extrémité inférieure du testicule: les deux organes resteraient séparés et indépendants jusqu'à cette époque. Je n'ai pas examiné un assez grand nombre de fœtus jeunes (de 2 à 4 mois) pour pouvoir me prononcer en ce moment sur la valeur des observations de Bramann qui ont porté, paraît-il, sur quarante embryons humains.

(A suivre.)

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Grégoire Horst (1578-1638).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Petit homme trapu, Grégoire Horst, ses longs cheveux relevés en arrière, la barbe en forme de quadrilatère pommadé, rachetait ce qu'il avait d'engoncé dans la tournure par la noble pose de ses mains : l'une d'elles, ainsi le représente son portrait, tient un rameau d'olivier à hauteur de ceinture, l'autre s'appuie à la poignée d'une épée. Non pas qu'il fût belliqueux, le brave homme! A quoi lui eût servi de l'être? Ses adversaires, il les transperçait à coups de syllogismes : les réduire au silence suffisait à son besoin de combativité. Rien n'est plus lamentable, n'est-ce pas, qu'un argumentateur dont la langue est clouée par la riposte, et Grégoire Horst dédaignait d'aller plus loin. Son épée n'était que de parade; son arme défensive était le raisonnement.

Professeur de médecine à Giessen, plus tard médecin de la ville d'Ulm, il avait acquis dans l'enseignement cette habitude d'exposition qui vous retourne un problème sous toutes ses faces; rien n'échappait à la sagacité du maître, il n'y avait difficulté qui tînt debout devant lui.

Ainsi le mâle est-il plus chaud que la femelle? Par quels flots d'éloquence avait déjà été ballottée cette question? Grégoire Horst lui assure immédiatement la stabilité de la solution définitive. En temps ordinaire, oui, le mâle est plus chaud que la femelle, car la combinaison de ses attributs est plus parfaite, les opérations que sa nature commande sont plus promptes. Mais survienne une grossesse chez la femme, la note change; c'est la femme qui devient la plus chaude; car elle dégage une chaleur double : la sienne et celle de l'enfant qu'elle porte. Rien à répondre à cela; telle est la force de l'évidence. Veut-on d'autres preuves de la logique irréfutable du savant professeur? Pourquoi la femme perd-elle son sang par les voies génitales? Parce qu'elles sont, ces voies génitales, débiles entre toutes, le sang menstruel s'y porte comme aux parties les plus infirmes du corps. Toutefois, ajoute judicieusement notre homme, si la femme est un être imparfait par la disposition de ses attributs sexuels, elle deviendrait plus imparfaite encore, privée qu'elle serait de ce qui constitue son imperfection; car, par où accoucherait-elle si elle ne disposait pas de son orifice vulvaire?

Autre problème palpitant d'intérêt. Les dents sont-elles des os? Oui et non. Non, car les dents sentent et les os ne sentent pas; elles repoussent et les os ne repoussent pas. Oui, car leur structure est celle des os; oui, car un os pourvu de nerfs est aussi sensible qu'une dent; oui, car les dents repoussent grâce à leur alvéole et les os repousseraient de même s'ils possédaient une implantation pareille. C'est donc trois oui contre deux non. Conclusion : les dents sont des os.

Continuons la série. Le sperme est-il animé? Il doit l'être. Une chose semblable naît d'une chose semblable. Le sperme donne la vie, donc il est vivant. Malheureusement la proposition inverse est aussi décisive. Le sperme, selon cette proposition, n'est pas vivant; car aucune excrétion n'est vivante et le sperme est une excrétion; de plus. tout ce qui ne se nourrit pas ne peut vivre; or, le sperme ne se nourrit pas; il n'est donc pas vivant. Comment concilier ces opinions contradictoires? Rien de plus simple. Le sperme n'est pas vivant, mais il possède une force latente qui crée la vie, en sorte que la vie n'est pas produite par le sperme, mais elle vient du sperme, ce qui est différent.

L'homme, par la puissance de la magie, peut-il être transformé en bête fauve? On cite Nabuchodonosor comme exemple à l'appui. Mais cette histoire ne résiste pas à l'examen. C'est Dieu, en effet, qui a établi les différences séparant l'homme des animaux; or Dieu est plus fort que le diable; celui-ci ne peut donc renverser l'œuvre de Dieu.

Les artères sont-elles en continuité avec les nerfs? Ici un bon point à Grégoire Horst. En dépit de Galien, d'Hippocrate, de Platon, de Praxagore, il affirme que non. Trop de détails de développement, d'usage et de structure les différencient pour qu'on soit en droit de considérer le nerf comme une sorte d'artère gracile.

Les nerfs naissent-ils du cerveau? Le raisonnement, l'expérience, l'examen direct répondent par l'affirmative. D'où pourraient provenir les nerfs, si ce n'est de l'organe où résident les esprits animaux et les centres des mouvements? Voilà pour le raisonnement. L'expérience, elle, démontre que dans une ligature, la partie centrale du nerf reste vivante et sensible, le tronçon périphérique se paralyse et devient insensible. L'examen direct est fait à l'autopsie : le scalpel poursuit l'origine des nerfs jusqu'au cerveau.

Il y avait du bon, décidément, dans Grégoire Horst : son esprit méthodique se garait parfois des sottises. Le raisonnement n'annihilait pas totalement sa faculté d'observation : il s'élevait, par exemple, contre la coutume de maintenir les plaies de la poitrine béantes; une suppuration abondante, enseignait-il, est nécessaire pour légitimer cette pratique.

(1) F. Bramann : *Beitrag zur Lehre von dem Descensus testiculorum und dem Gubernaculum Hunteri des Menschen* (*Arch. f. An. und Entwickel.-Gesch.*, von His und Braune, 1884). Traduit par Paul Bezançon : *Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge*, Th. in Paris, 1892, n° 231, p. 8.

II

Un reproche que la clientèle adresse au praticien débutant est tiré de l'insouciance que celui-ci apporte à spécifier l'espèce de tisane ordonnée. Une potion, des pilules, le régime une fois formulés, et le médecin s'imagine avoir tout dit. Quelle erreur ! Il reste les tisanes, les fameuses tisanes qu'un usage de vingt-cinq siècles à implantées dans les familles comme une habitude qui ne saurait déchoir.

Et le public n'a pas si tort. Certains principes actifs, les amers par exemple, strychnine, quassine, semblent mieux agir dissous dans une certaine quantité de liquide, comme si la muqueuse gastrique baignant un plus grand nombre de ses filets nerveux au contact du breuvage absorbé, répondait par une sécrétion glandulaire augmentée à cette excitation étalée sur une plus large surface. Donner les alcaloïdes amers dans une infusion amère : germandrée, houblon, gentiane, chardon bénit, etc., assure l'efficacité du remède, contente le public. Et dans combien d'autres maladies les infusions, soit par leur température, soit par les principes qu'elles enferment, ne prêtent-elles pas leur aide modeste au praticien qui aurait tort d'en faire fi ! Ce qu'un malade apprécie surtout dans une ordonnance, c'est la précision qui en règle les détails ; que faut-il prendre à telle heure, à telle autre heure ? La prescription des tisanes a l'avantage de placer un remède à n'importe quel instant du jour; de plus, elle peut être variée à l'infini et les malades se montrent si impatients de changement.

Georges Horst, en cela de son temps, énumère avec complaisance les propriétés médicamenteuses des simples : l'ignorance où nous restons de la plupart des principes actifs qu'ils recèlent ne nous autorise pas à juger ces assertions d'un dédain trop impérieux.

Voici le laurier : son huile en applications sur le ventre dissipe les gaz, guérit les coliques ; ses baies en décoction avec des graines de genièvre, de l'herbe de persil et de la guimauve provoquent la diurèse, expulsent les calculs rénaux.

Les fleurs d'origan conviennent aux maladies du foie, l'euphraise en applications externes soulage les ophtalmies ; la mélisse, aidée de la bétoine et de la bourrache, est appréciée des arthritiques ; le bouillon blanc, la guimauve, la pariétaire-guérissent les pleurésies. La graine de radis noir, associée à la thériaque, fait transpirer, élimine les poisons des fièvres ; cuite avec des semences de melon et de la racine de réglisse, cette graine constitue une boisson précieuse aux rubéoliques, aux varioleux.

L'écorce médiane du sureau, réhabilitée récemment par M. le professeur Lemoine (de Lille), réussit où tous les remèdes échouent : elle évacue la bile, la pituite, les humeurs séreuses.

Le vin de sauge rend les femmes fécondes, la racine de pivoine prévient l'accès épileptique, la rue préserve de la peste, le scordium est un vermifuge efficace, le mélilot calme les douleurs musculaires ; mélangée au séné, à l'aigremoine, à la guimauve, à l'origan, aux baies de laurier, à la camomille, la mercuriale est souveraine contre l'hypochondrie. Le fenouil active la sécrétion lactée, le fumeterre réussit dans la chlorose, le cochléaria dans le scorbut, la poudre de roses, associée à l'alun, dans les gingivites.

Peut-être bien que Horst exagérait un peu. A supposer, toutefois, que ses plantes ne possèdent pas toutes les vertus qu'il leur concède, on ne risque rien d'en munir son formulaire. L'humorisme ancien, ressuscité dans l'infection et les auto-intoxications modernes, ne peut que s'accommoder de ce choix de véhicules aqueux qui dissolvent et éliminent les toxines.

Les préparations végétales tiennent la grande place dans la thérapeutique de Grégoire Horst, mais elles ne se montrent pas exclusives. Elles tolèrent à leurs côtés les remèdes minéraux et du règne animal. Le sel ammoniaque est recommandé en pilules dans l'asthme et la dyspnée, le lait de soufre, les fleurs de soufre, la corne de cerf sont réservés aux asthmatiques, dyspnéiques, catarrheux.

La syphilis est guérie par le mélange d'or et de sublimé dont Paracelse avait fait une panacée universelle sous le nom d'aurum vitæ.

Contre les spasmes, rien de merveilleux comme l'huile de vers de terre. On formule : huile de camomille, une once ; huile de vers de terre, une once et demie ; poudre de castoréum, une demi-drachme, en frictions. A remarquer la propreté de notre habile maître : il faisait cuire ses vers ; nos campagnards les emploient tout vivants : comme au XVII[e] siècle, c'est le grand remède des convulsions : une poignée de vers de terre sur le ventre. L'esprit des masses ne progresse pas ; leurs prétentions seules augmentent.

Veut-on connaître un remède infaillible contre la surdité ? Voici : pulpe de coloquinte un scrupule ; huile de lin, de castoréum, une demi-once ; faire cuire dans une demi-once de vin blanc jusqu'à évaporation de celui-ci, à instiller par gouttes dans l'oreille. Cela vaut bien les remèdes des Instituts prônés en quatrième page des journaux.

Notre professeur faisait même concurrence aux spécialistes capillaires ; les chauves le consultaient ; leur ordonnance portait : huile de noix, une once ; litharge, céruse, de chaque une demi-once ; vinaigre deux onces ; faire cuire jusqu'à consistance de miel. Et l'on possédait une pommade, une sorte de philocome du XVII[e] siècle.

III

Grégoire Horst a été baptisé l'Esculape de l'Allemagne. Cette dénomination établit une fois de plus l'incapacité où se trouve le public de reconnaître la valeur exacte des hommes. Des médecins comme Fernel, Sylvius, Ramazzini, Rivière ont été assaillis de malades ; seulement, ainsi que nous le démontrons dans l'étude consacrée à ce dernier maître, ce n'est pas en raison de leur intelligence très distinguée que le succès leur est venu ; les masses ne discernent pas le mérite ; ce qui les émeut, ce sont les manifestations d'activité et de dévouement dont sont prodigues ces natures qui sentent vivement et sont remuées au fond du cœur par les souffrances de leurs semblables.

Sans appartenir à l'élite des esprits, Horst apparaissait comme empressé, serviable, compatissant ; un vocabulaire d'explications concluantes et sans réplique lui permettait de procéder au lit du malade par affirmations mathématiques. Or, rien de tel pour inspirer confiance : l'aplomb que les hommes supérieurs puisent dans le sentiment instinctif de leur force, Horst l'empruntait à ses procédés de démonstration à apparence rigoureuse. Avec cela quelques cures heureuses ; il n'en fallait pas davantage. Les foules vous appellent Esculape et la postérité sourit.

DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

Sonorité hypogastrique et rétention d'urine.

Par A. Guépin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il arrive encore que la rétention complète de l'urine dans la vessie échappe, parfois, au premier examen du malade ; la stagnation, à des degrés divers, passe beaucoup plus facilement inaperçue.

Le nombre des erreurs commises. hien que petit surtout dans le premier cas, me paraît tenir moins à l'insuffisance de l'interrogatoire et à la précipitation apportée dans la recherche des signes physiques de la rétention, qu'à la simplicité, en apparence excessive, du diagnostic positif. Le praticien a lu un peu partout que la confusion est impossible. Partant de cette idée, juste au fond, mais dont l'expression trop catégorique offre des inconvénients, il oublie dans quelques circonstances, d'appuyer son opinion sur des preuves indiscutahles, et il méconnaît alors la rétention, parce qu'un (ou *a fortiori* plusieurs) des symptômes, réputé constant, fait ou paraît faire défaut.

Pour ne prendre qu'un exemple, le texte suivant, dont l'exactitude générale ne me semhle point contestable, mais peut-être trop affirmatif dans ses conclusions, résume la majorité des auteurs : « Dans *tous* les cas (de rétention d'urine), l'examen le » plus superficiel fait reconnaître la réplétion de la vessie, facile » à limiter par la palpation et la percussion chez *tous* les ma- » lades (1). »

Or, dans des exemples relativement rares sans doute, puisque la plupart des traités spéciaux ne croient point devoir attirer l'attention sur eux, la palpation ni la percussion ne fournissent de renseignements utilisahles; c'est-à-dire que la vessie ne se laisse point délimiter par l'un ou par l'autre procédé.

Ces données ne sont point nouvelles et Mercier (2) avait déjà signalé que, dans certains cas d'altérations profondes de la contractilité, la vessie distendue par l'urine en rétention, « est molle, » aplatie, et se confond avec la masse intestinale ». Il ajoute toutefois : « C'est seulement la percnssion qui en tracera les » limites. »

L'absence de matité hypogastrique dans plusieurs observations de rétention d'urine, citées par Reliquet (3), est à rapprocher de l'opinion de Mercier, qu'elle complète pour ainsi dire. Il résulte donc de l'expérience de ces deux chirurgiens que les résultats fournis par la palpation ou la percussion peuvent être trompeurs, si l'on prend à la lettre les termes de l'idée classique exprimée plus haut.

En étudiant plusieurs malades, à ce point de vue, il m'a été facile de constater que la matité sus-puhienne faisait fréquemment défaut dans la stagnation d'urine et aussi, quelquefois, dans la rétention, que la palpation abdominale ne décelait également point.

Chez deux vieillards, atteint d'hypertrophie sénile de la prostate, à la seconde période des accidents avec rétention, l'un porteur d'une hernie inguinale gauche facilement réductihle, l'autre amaigri et déjà profondément infecté, la sonorité abdominale était complète jusqu'au puhis. En percutant l'abdomen de haut en has et des parties latérales vers la ligne médiane, comme il convient de le faire pour saisir la moindre modification du son, c'est à peine si l'ont pouvait déceler une légère suhmatité sus-puhienne. La palpation, chez l'un comme chez l'autre, ne donnait aucune indication sur le volume de la vessie. Le toucher rectal, combiné à la pression de la main sur l'hypogastre, faisait apparaître un hesoin d'uriner intense. Alors, la vessie, en contraction, semblait, chez le malade amaigri, s'élever dans l'abdomen et sa forme devenait presque reconnaissable à l'œil. La percussion pratiquée à cet instant révélait la matité attendue. Chez l'autre vieillard, au moment du besoin d'uriner et des efforts impuissants qui l'accompagnaient, la paroi abdominale, tendne et donhlée d'une graisse épaisse, ne me permit point semhlahle constatation; celui-ci avait à peu prés douze cents grammes d'nrine dans la vessie; l'autre quinze cents grammes environ.

Il est possihle que la quantité d'urine en rétention fut trop peu considérahle pour donner lieu aux signes ordinaires. Il n'en pas moins certain que la réplétion vésicale demandait à être recherchée avec soin, surtout chez le malade infecté, déjà très déprimé et somnolent. Dans des circonstances très analogues, on crut à de l'anurie alors que la vessie contenait plus de deux litres d'urine (1).

Il paraît découler, en outre, de l'histoire résumée de ces deux malades, la preuve des rapports existant ou pouvant exister, entre l'ahsence de matité hypogastrique et l'impossihilité de délimiter la vessie par la palpation. Que faut-il,en effet,pour que la vessie distendue ne soit plus reconnaissahle? Qu'elle soit flasque, molle, aplatie, comme disait Mercier; en un mot, qu'elle ne se contracte point. Il serait peut-être prématuré de dire que la vessie flasque, hien que distendue par l'urine, échappe nécessairement toujours à ces modes d'investigation; mais il faut retenir qu'elle y échappe au moins quelquefois. Rechercher les conditions dans lesquelles la rétention d'urine se produit de concours avec la passivité vésicale, momentanée ou permanente, revient à examiner les circonstances où le diagnostic de rétention peut être délicat.

Les faits que je connais se rapportent à des prostatiques ayant depuis longtemps de la stagnation d'urine et arrivés peu à peu à la rétention complète. La vessie, dilatée d'une façon insensihlement progressive, avait, de ce chef, perdu une partie tout au moins de sa sensibilité normale. Ailleurs, cette sensibilité peut également être atténuée, qu'il s'agisse de maladies nerveuses (névroses ou états organiques), des suites d'un traumatisme ou d'une intervention (2), d'un état très avancé de dépression des forces comme dans l'une des observations précédentes.

Les anses intestinales qui, descendues dans le cul-de-sac péritonéal au-devant de la vessie, donnaient lieu à la sonorité suspuhienne, auraient donc pu être intéressées par l'aiguille dans la ponction; il n'y a là qu'une simple remarque.

Enfin, les malades examinés étaient toujours dans le décubitus horizontal sur le dos. En modifiant cette position, on eût peut-être modifié aussi les résultats de l'examen dans des proportions à déterminer.

En résumé, les quelques considérations précédentes ont pour but de mettre le médecin en garde contre la simplification excessive des éléments du diagnostic de la rétention d'urine. Il convient donc de ne point attacher à la présence ou à l'absence de certains symptômes physiques une valeur absolue. En dernier lieu, il faut peut-être toujours opposer, comme le faisaient les anciens auteurs pour la clarté de leur démonstration, la rétention d'urine type, celle du rétréci, à la rétention du prostatique. Autant la première est évidente, autant presque, la seconde doit être quelquefois dépistée.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article *Voies urinaires*, page 385, 1886.

(2) A. Mercier : *Anatomie et physiologie de la vessie*. Paris, 1872, page 17.

(3) E. Reliquet : *Œuvres complètes*, tome III, page 225.

(1) Reliquet : *Œuvres complètes*, tome III, page 225.

(2) De la rétention d'urine chez les opérés. *Gazette des Hôpitaux*, 18 mars 1893.

REVUE D'HYGIÈNE

Par le docteur Ch. Amat, médecin-major.

I. L'inspection sanitaire des maisons d'habitation, par M. Vintras. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, octobre 1895.

II. Du rôle de l'ingénieur sanitaire dans la création, la direction et le fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène, par M. Jeannot. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juillet 1895.

III. Installations sanitaires des grands lycées de Paris, par M. Régnier. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juillet 1895.

IV. Assainissement urbain; système de la surverse; utilisation des anciens égouts à grande section pour l'évacuation des eaux d'orage, par M. de Montricher. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, octobre 1895.

V. L'assainissement de Toulon, par M. Drouineau. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, août 1895.

VI. La catastrophe de Bouzey et l'assainissement des localités inondées, par M. Gebhart. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juin 1895.

VII. L'anathème sur les champs d'épandage, par M. Cerné. In *la Normandie médicale*, n° 2, 1896.

VIII. De quelques applications d'hygiène, par M. Kums. In *Journal d'hygiène*, septembre et octobre 1895.

IX. L'hygiène et les réformes hospitalières de l'assistance publique. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juin 1895.

X. La nouvelle Maternité de l'hôpital Beaujon, par M. Belloner, architecte de l'Assistance publique. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juillet 1895.

XI. Nouvelle note sur l'hygiène des crèches, par M. Napias. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, novembre 1895.

XII. Des habitations des nourrices et des rapports des conditions d'hygiène de ces habitations avec la mortalité des enfants confiés à ces nourrices, par M. Lède. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, septembre 1895.

XIII. Le lait stérilisé dans l'alimentation des enfants du premier âge, par M. Halipré. In *la Normandie médicale*, n° 4, 1896.

I. — Pour assainir les villes il faut commencer par assainir les maisons d'habitation. C'est parce que l'inspection des immeubles au point de vue hygiénique n'est pas chose facile que M. Vintras cherche à poser les principes fondamentaux sur lesquels doit se baser une inspection des drains d'une maison, car c'est là la partie essentielle de l'organisation sanitaire.

La ventilation des drains, dit-il, est non seulement de première importance au point de vue particulier de telle ou telle maison, mais au point de vue général de la santé publique puisque la ventilation efficace du système des égouts d'une ville dépend de la multiplication de ces tuyaux d'aération sur le parcours des drains de chaque maison.

Le second point sur lequel devra se porter l'attention de la personne qui inspecte est celui de l'efficacité même des drains. Il faut que tous les tuyaux aient une pente assez rapide pour assurer l'écoulement facile de leur contenu; il faut surtout qu'ils soient placés de telle façon qu'on puisse aisément les examiner sinon dans toute leur longueur, au moins à des intervalles très rapprochés.

Après les drains et leur ventilation, les choses les plus importantes sont les latrines et leur aération. L'architecte, avant de construire, s'occupera aussi du terrain, car l'humidité est une cause grave d'insalubrité et les terrains humides favorisent la phtisie.

II. — L'hygiène, étant l'application d'un grand nombre de connaissances variées empruntées aux sciences les plus diverses, exige l'entente du médecin et de l'ingénieur. C'est ce qu'ont bien compris nos Sociétés d'hygiène en France en ouvrant largement les portes aux uns et aux autres. Et pour montrer combien sur une scène moins grande, moins importante à coup sûr, mais où précisément en raison de son exiguïté même maints détails sont plus faciles à analyser et à fixer, ces résultats ont pu se montrer plus nets, plus considérables, plus saisissables pour tous, l'auteur déduit de l'expérience très heureuse réalisée depuis bientôt neuf années au Bureau municipal d'hygiène de Besançon un enseignement des plus topiques concernant le rôle de l'ingénieur sanitaire dans la création, la direction et le fonctionnement des bureaux d'hygiène des villes.

Tout concourt à démontrer que pour créer une institution de ce genre, il faut s'assurer des points forts et des points faibles de l'hygiène urbaine existante et constituer une étude préliminaire de la topographie de la ville (questions relatives au captage et à la distribution des eaux d'alimentation, à l'installation des tinettes, à la police de la voirie, etc.). Un bilan sérieux ne peut être établi que par une collaboration cordiale et franche du médecin et de l'ingénieur, qui ont ainsi plus d'autorité auprès de la municipalité. Le premier est la tête qui conçoit et dirige; le second est le bras qui exécute; mais, et c'est à cette condition que la marche du tout est possible et efficace, l'ingénieur sans doute est lui aussi une tête en même temps qu'un bras; le difficile est précisément que ces deux têtes aillent, comme on dit, dans le même bonnet: le bureau municipal d'hygiène de Besançon a prouvé que si la chose était difficile, elle n'était point impossible, et qu'alors l'effet utile produit était à son maximum, à un maximum qui paraissait au premier abord, et qui paraît encore à beaucoup, presque incroyable. **La mortalité qui avait été de 3.2 0/00 de 1883 à 1887, est descendue à 1.72 puis à 1.66, enfin à 1.18 0/00 en 1894, soit une réduction de plus de moitié.**

III. — Etude très documentée de chacun de nos principaux lycées de Paris, se prêtant peu à l'analyse et devant être considérée comme la paraphrase des conditions générales de salubrité auxquels ces établissements doivent satisfaire, que M. Régnier résume comme suit:

1° Etre construit sur un terrain salubre;

2° Posséder des locaux scolaires garantissant aux élèves un cube d'air suffisant et facilement renouvelable;

3° Disposer de moyens de chauffage ne brûlant pas l'air ambiant et n'y dégageant ni vapeurs toxiques, ni gaz méphitiques;

4° Etre muni d'une canalisation étanche et complètement fermée, assurant l'écoulement rapide des matières de vidange et des eaux ménagères.

5° Les locaux scolaires seront pourvus de larges fenêtres permettant à la lumière solaire et à l'air d'entrer largement et d'un éclairage artificiel suffisant pour permettre le travail sans fatigue et choisi de telle manière qu'il ne brûle pas l'air ambiant et n'y dégage ni gaz toxiques, ni fumée, ni mauvaises odeurs;

6° L'établissement sera pourvu d'eau pure et de filtres en quantité suffisante pour assurer la consommation nécessaire à l'alimentation et à la toilette;

7° Le mobilier scolaire sera proportionné à la taille des élèves;

8° Les infirmeries seront isolées des bâtiments scolaires et des cours et pourvues de chambres d'isolement pour les malades contagieux.

La plupart de ces conditions se trouvant réalisées dans les seuls lycées de construction récente, l'auteur compare et oppose les uns aux autres les lycées nouveaux et les lycées anciens.

IV. — Le tout à l'égout comporte la séparation éventuelle des eaux vannes et des pluies d'orage. Le système de la « surverse »

réalise cette séparation. Il consiste à évacuer, par des branchements particuliers, les bouches d'égout et les égouts affluents, la totalité des eaux de toutes catégories, y compris les grandes pluies, dans des tuyaux ou cunettes établis latéralement aux piédroits des anciennes galeries, et à section calculée pour retenir seulement les « eaux normales », celles en excédent s'écoulant par déversement sur les radiers anciens sur toute la longueur de ces canalisations latérales. On réalise ainsi l'évacuation rapide et complète de toutes les matières usées; l'adduction de ces eaux et matières aux champs d'épandage ou aux emplacements affectés à leur épuration; le déversement continu des eaux météoriques.

V. — Pour l'assainissement de Toulon, deux projets sont en présence, celui de M. Samluc et celui de M. Vidal. Le premier propose de placer le débouché de refoulement des vidanges sur le versant sud de Saint-Mandriez au pied des falaises désertes et accores de Gros-Bau où les grands fonds touchent la côte et où les courants ainsi que les vents entraîneront les eaux déversées au large en pleine mer; le second estime suffisant et partant plus économique d'ouvrir la conduite d'évacuation par douze mètres de fond au milieu de la digue qui traverse la grande rade de Toulon.

Avant de se décider pour l'adoption du projet Vidal, il importe d'être absolument éclairé sur le régime particulier de la rade et des côtes au point de vue des courants; appel doit être fait aux ingénieurs hydrographes.

VI. — Sur les indications du Comité central d'hygiène publique et de salubrité des Vosges, on a tout d'abord procédé, après la catastrophe de Bouzey, à l'enfouissement d'un grand nombre de cadavres d'animaux. Ils ont été entassés dans de grandes fosses garnies de chaux vive. Tous les débris laissés par les eaux ont été arrosés de goudron et brûlés sur place. Les boues extraites des maisons ont été répandues sur des terrains en pente et situés autant que possible au nord de l'agglomération. Quant à celles qui recouvraient les champs, dans certaines localités, on s'est contenté de les enfouir au moyen de la charrue, dans d'autres de les ensemencer d'avoine. Les puits ont été interdits pour l'alimentation jusqu'à complet curage. Dans les habitations, les murs et les parties souillées par l'inondation furent grattés et lavés, les tapisseries arrachées, les planchers enlevés pour débarrasser l'entrevous du limon qui avait pu s'y introduire. Les granges, les couloirs, les écuries subirent un badigeonnage au lait de chaux contenant 1 0/0 de sulfate de fer. On activa l'assèchement des logement au moyen d'une ventilation énergique, complétée par l'installation dans toutes les pièces de foyers de chaleur. La literie et les meubles démontés furent nettoyés à fond. Enfin, une distribution de vin de quinquina et de sulfate de quinine faite aux travailleurs les protéga dans une certaine mesure contre les accès de fièvre intermittente qui étaient fort à craindre.

VII. — L'anathème contre les champs d'épandage, c'est M. Ponchet qui le lance, ne trouvant rien de préférable au procédé Howaston ou procédé chimique. Dans une réplique très énergique, M. A. Cerné réhabilite l'épandage, se servant des arguments de son contradicteur pour montrer qu'à Berlin, d'une part, malgré le peu d'épaisseur de la couche filtrante, les champs irrigués, même ceux qui sont en exploitation depuis plus de vingt ans, possèdent encore aujourd'hui pleinement leur puissance d'épuration pour toute l'eau qui leur est envoyée, et que, d'autre part, à Gennevilliers, la composition de l'eau des drains et les légumes phénoménaux qui y poussent sont là pour montrer la valeur réelle de l'épandage.

VIII. — L'auteur s'occupe de la propreté de la voie publique et des cours intérieures, de l'évacuation des immondices et du purin, de l'encombrement des cimetières, de l'assainissement des villes, des rues et des habitations, des moyens de désinfection à employer, des procédés de ventilation et d'aération à recommander, du régime alimentaire qu'il convient de suivre pour maintenir les forces.

Si M. Kums ne dit rien de bien nouveau, du moins il montre d'une façon très claire l'importance des pratiques hygiéniques sur lesquelles il appelle l'attention.

IX. — La plupart des hôpitaux de Paris violent déplorablement les lois fondamentales de l'hygiène. L'auteur examine tout particulièrement les points suivants à propos desquels il peut fournir sans peine des documents complets et indiscutables : l'installation des locaux destinés aux consultations externes; l'admission des malades à l'hôpital; les droits des indigents hospitalisés; leurs devoirs au point de vue de l'hygiène; les devoirs prophylactiques de l'administration à l'égard des malades; la nécessité d'une réglementation intérieure concernant l'hygiène des salles et du personnel hospitalier.

X. — La nouvelle Maternité s'élève sur l'emplacement de l'ancien chantier aux combustibles et de quelques jardins d'employés. Elle renferme de 57 à 60 lits et comprend : le bâtiment de la Maternité proprement dite, exclusivement réservé aux accouchements, aux femmes accouchées bien portantes, aux femmes enceintes devant être surveillées pendant la grossesse, aux services de la consultation externe et, enfin, au logement du personnel spécial; le pavillon d'isolement réservé aux femmes suspectes et au logement du personnel spécial; un petit pavillon contenant deux laboratoires et un musée; une petite construction annexe pour le logement des animaux d'expérience.

Inutile d'ajouter que les derniers perfectionnements ont été apportés dans la construction et l'aménagement de cette annexe importante de l'hôpital Beaujon. Tous les planchers sont en fer. Les combles et faux planchers sont seuls en bois. Tous les sols du rez-de-chaussée et ceux des offices, des water-closets et des salles de bains sont en grès cérame. Tous les murs au droit des lavabos, appareils des cabinets d'aisances, vidoirs, trémie à linge sale et pierres d'évier, sont revêtus en carreaux de faïence ou en opalins.

Le chauffage, la ventilation, l'éclairage, le drainage sont on ne peut mieux compris.

Les lits des malades sont en fer avec sommier à lames métalliques Herbet. Les chaises, fauteuils, tables, tabourets, escabeaux, bancs sont aussi en fer avec siéges perforés.

Le mobilier, linge et habillement compris, a coûté 75 millions.

On jugera de l'importance de la construction en sachant que la surface bâtie est de 2,467 mètres carrés ce qui, pour chacune des soixante malades à recevoir, donne 41 mètres carrés 12.

La dépense générale atteindra 8,500 francs par lit, mobilier compris.

XI. — Déjà en 1891 l'auteur avait émis une série de vœux au sujet des conditions d'hygiène et de salubrité auxquelles doivent répondre les crèches. Aujourd'hui il revient à son sujet pour montrer les progrès accomplis et indiquer les améliorations qu'il reste à réaliser.

Le nombre des crèches s'accroît tous les jours; malheureusement elles ne sont pas toujours suffisamment bien installées. A Paris même, on se borne parfois à aménager tant bien que mal une boutique au rez-de-chaussée dans quelque rue étroite d'un quartier insalubre.

M. Napias voudrait que les crèches eussent toutes une salle d'isolement, des effets d'habillement et de literie individuels, que ces effets fussent désinfectés à l'étuve; que l'allaitement maternel fût favorisé par tous les moyens; qu'à son défaut le lait stérilisé fût le seul employé et que le personnel des crèches fût instruit de ses devoirs par des conférences régulièrement faites par le médecin.

Enfin il y aurait lieu de demander qu'une crèche modèle créée

par la Ville de Paris devînt une véritable école pour les gardiennes et les bonnes d'enfants.

XII. — Ce travail n'intéresse que les enfants âgés d'un jour à deux ans confiés librement par leurs parents à des nourrices mercenaires et placés soit dans leur commune de naissance, soit dans le département dont fait partie leur commune de naissance, soit dans une commune d'un département autre que celui de leur naissance.

La mortalité de ces enfants étudiée dans 26 départements s'est toujours trouvée en rapport avec les conditions hygiéniques des habitations des nourrices. On jugera du soin avec lequel ces recherches ont été faites en apprenant que dans les communes suburbaines de la Seine tous les logements de nourrices sont classés avec le nombre de pièces et de fenêtres, leur situation par rapport aux étages, même l'âge des nourrices sèches et des gardiennes.

Aussi la conclusion de ce travail est-elle que le médecin inspecteur de la protection des enfants du premier âge devrait seul être chargé de délivrer le certificat concernant la salubrité de l'habitation de la nourrice, car cette habitation a une influence très grande sur la vie et la santé de l'enfant.

XIII. — Lorsque l'essai du lait stérilisé a été tenté sérieusement, dit l'auteur, lorsque l'on est assuré de la stérilisation, lorsque l'alimentation a été bien réglée, il est dangereux de faire continuer ce mode d'allaitement aux enfants qui ne le supportent pas. Il faut alors s'adresser de toute nécessité à l'allaitement maternel qui, institué dès la naissance, reste toujours l'allaitement de choix. « C'est la règle de la nature », disait J.-J. Rousseau. Si l'allaitement maternel est impossible il convient de recourir à une nourrice.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Paralysie intestinale consécutive à l'étranglement de l'intestin.

M. Heidenhain a récemment opéré deux malades par laparotomie pour étranglement de l'intestin. Chez un premier malade, opéré d'un volvulus de l'S iliaque, il y eut, quelques heures après l'opération, une tuméfaction et une distension considérable de tout le gros intestin. On administra alors, à plusieurs reprises, de l'huile de ricin, de façon à provoquer une selle abondante qui mit fin aux accidents.

M. Heidenhain, chez un second malade atteint d'un volvulus d'une anse intestinale étranglée, et qui avait été réduite par taxis, administra de nouveau de l'huile de ricin et cela aussitôt après l'intervention. Chez ce second malade, il n'y eut point d'accidents de paralysie intestinale comme chez le premier.

Ces faits montrent donc que la septicémie péritonéale n'est pas toujours la cause de la paralysie intestinale, mais qu'il faut encore en accuser des troubles circulatoires. M. Heidenhain, en effet, n'admet pas les cas de péritonite septique sans lésions du péritoine. Il est, au contraire, disposé à accepter cette thèse de Lanz-Tarel, qui admet que le liquide herniaire, même dans les hernies gangrenées, est fréquemment stérile.

Il suit, de là, que la thérapeutique des ces paralysies de l'intestin, non causées par des infections péritonéales, pourra être suivie de succès si, comme dans les deux cas de M. Heidenhain, au lieu d'immobiliser l'intestin par l'opium, on prescrit un purgatif aussitôt l'opération. Donner de l'opium quand on veut aller opérer sur un organe autre que l'intestin, c'est prédisposer l'intestin à la paralysie, et donner de l'opium quand on veut aller opérer sur l'intestin, pour éviter l'infection péritonéale, comme c'est le plus souvent le cas, c'est immobiliser les anses intestinales distendues, laisser s'y accumuler les matières fécales, congestionner la muqueuse et engendrer, en définitive, toutes les conditions requises pour que les bactéries de l'intestin passent aisément dans la cavité péritonéale.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIII, fasc. 3.)

ANGLETERRE

Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate.

Cette question vient d'être traitée par le récent Congrès de l'Association médicale britannique.

On sait que la castration a été proposée et pratiquée dans ces derniers temps contre l'hypertrophie de la prostate. Il est probable que cette opération a pour effet de provoquer une atrophie plus ou moins considérable de la glande prostatique, parce qu'elle supprime, dans l'organisme, une substance physiologique sécrétée par le testicule et qui est nécessaire à la nutrition de la prostate.

La castration produit des effets particulièrement favorables quand l'hypertrophie de la prostate est généralisée. Mais selon **M. Mac Ewan** (de Dundee), lorsqu'un lobe seul hypertrophié de la prostate est proéminent dans l'intérieur de la vessie, il semble que la prostatectomie soit encore l'opération la meilleure.

On a vu aussi la castration améliorer la cystite des prostatiques. M. Mac Ewan pense néanmoins, que les complications vésicales graves doivent bénéficier davantage de la cystostomie et du drainage de la vessie.

La castration permet encore le cathérérisme dans certains cas rebelles, en le rendant indolore. Elle a, enfin, un avantage sur la prostatectomie, c'est de déterminer une mortalité beaucoup moindre. Il est important de rappeler aussi que les malades acceptent mieux la résection des canaux déférents que la castration. Or l'on sait que la résection des canaux déférents amène une diminution plus lente de l'hypertrophie de la prostate.

Cette résection double des canaux déférents, il faudrait la faire, selon **M. Reginald Harrisson**, alternativement, à un mois d'intervalle. Parfois, en effet, une résection unilatérale est suffisante.

M. Marsell Moullin est d'avis que la castration et la résection des canaux déférents doivent être réservées aux cas seuls où la prostatectomie devient une opération impossible, à cause des lésions graves de la vessie et des reins, et chez des sujets où l'ablation d'un testicule ne court pas le risque de produire chez le malade une influence morale fâcheuse. En dehors de ces cas, donc, il faudrait faire la prostatectomie, opération devenue aujourd'hui moins mortelle et qui, pratiquée de bonne heure, alors que les reins et la vessie sont en bon état, donne les meilleures conditions de succès.

M. Southam a fait remarquer, d'autre part, que le cathétérisme pratiqué à temps chez les prostatiques et entouré de toutes les conditions d'asepsie voulues, pouvait prévenir les troubles de la miction et les complications graves qui se présentent du côté de la vessie et des reins. Cette considération de M. Southam a été approuvée par **M. Morton** qui a de plus fait observer que si le cathétérisme méthodique était applicable chez les prostatiques de la classe aisée, capables de se soigner comme on le leur dit, il ne fallait pas l'appliquer pareillement chez les prostatiques de la classe pauvre, où il devenait par suite nécessaire d'utiliser des interventions plus radicales.

RUSSIE

L'espace latéro-pharyngien.

M. Lissenkoff, à propos d'un cas d'abcès latéro-pharyngien provoqué par une mastoïde suppurée et observé par M. Nicolsky, a étudié sur le cadavre le trajet que pouvait suivre le pus pour se rendre du conduit auditif sur les parois latérales du pharynx.

Par un orifice créé sur la paroi antéro-inférieure du conduit auditif externe osseux, il a injecté environ deux centigrammes d'un liquide coagulant et coloré. Puis, par le procédé des coupes, avec on sans congélation du sujet, il a vu que le liquide qu'il avait injecté était venu saillir au niveau de la paroi latérale du pharynx vers la région amygdalienne. La parotide ne faisait nullement saillie dans sa région. Il n'en était pas de même de la glande sous-maxillaire, sous laquelle existait une tuméfaction à limites vagues. Voici, en définitive, quelles étaient les limites de l'espace occupé par le liquide injecté :

a) En haut, la face inférieure du voilier dans la portion qui avoisine la trompe d'Eustache et l'insertion du péristaphylin interne; la base de la grande aile du sphénoïde au niveau de l'insertion du péristaphylin externe; enfin, le trou ovale;

b) En dedans et en haut, les deux péristaphylins et la trompe d'Eustache;

c) En dedans et en bas, le constricteur supérieur du pharynx;

d) En dehors, le sommet de la parotide en arrière et en avant la face interne du ptérygoïdien interne;

e) En arrière, la carotide interne au moment où elle passe entre les muscles styliens et la paroi latérale du pharynx;

f) En avant, la base de l'apophyse ptérygoïde et la ligne d'insertion du constricteur supérieur;

g) En bas, enfin, le liquide avait pénétré le long du muscle styloglosse, sous la muqueuse buccale jusqu'à la glande sublinguale, et avait suivi le stylo-thyroïdien et le ventre postérieur du digastrique pour descendre dans la région occupée par la glande sous-maxillaire, mais il n'avait pas perforé la loge aponévrotique dans laquelle cette glande est renfermée.

Cette étude montre donc que cette région latérale du pharynx, qui est connue sous le nom d'espace maxillo-pharyngien, communique en arrière avec la loge parotidienne, en avant et en bas avec le plancher de la bouche et la région sous-maxillaire. L'auteur appelle cette région l'*espace latéro-pharyngien*.

De plus, M. Lissenkoff a noté que l'aponévrose pharyngienne, après avoir abandonné la face externe du constricteur supérieur, se portait en dehors sur les muscles du bouquet de Riolan et le ventre postérieur du digastrique avec l'aponévrose desquels elle se confond après avoir tapissé la face antérieure des gros vaisseaux de la région.

(*Wratchehnia-Zapisky.*)

Nous connaissons, en France, certain traité d'anatomie que M. Lissenkoff pourrait lire avec profit; il n'aurait pas de peine à y trouver la description de son nouvel espace « latéro-pharyngien ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août.

Sur le mode de réunion séro-séreuse des anses intestinales.

M. Cornil. — M. Chaput et moi, nous avons entrepris l'étude des phénomènes histologiques qui président à l'accolement des séreuses au cours des opérations pratiquées sur l'intestin.

Pour que cet accolement se fasse, il est nécessaire que les cellules endothéliales de la séreuse soient irritées par un agent quelconque. Cette irritation est facile à obtenir en pratiquant des attouchements de la séreuse péritonéale avec une solution au nitrate d'argent.

Voici le procédé que nous avons suivi :

Nous avons ouvert le ventre d'un premier chien, attiré au dehors deux anses intestinales, irrité leur surface avec la solution argentique et accolé les deux anses l'une à l'autre à l'aide de trois points de suture. Cette opération a été répétée sur plusieurs chiens, et nous avons, ensuite, sacrifié les chiens en série après quatorze heures, après un jour, après deux jours et ainsi de suite jusqu'au neuvième jour, de façon à pouvoir faire l'étude de la cicatrice aux divers stades de sa formation.

L'accolement se produit dès les premières beures après l'opération, grâce à des réseaux de fibrine qui contient dans son épaisseur des globules blancs et des bématies. Au bout du premier jour, la fibrine est plus abondante, l'épiploon et le mésentère s'accolent à la cicatrice par l'intermédiaire de cette fibrine. Les cellules endothéliales du péritoine commencent à proliférer et à s'anastomoser entre elles. Au bout du troisième jour, si l'on coupe les fils de suture, une légère traction suffit pour faire céder la cicatrice.

Après le quatrième jour, l'union est plus intime, car il n'existe plus seulement de la fibrine entre les surfaces accolées, mais un tissu de cellules anastomosées et des vaisseaux de nouvelle formation allant d'une couche musculaire à l'autre.

La cicatrice paraît être complètement formée après le septième et le huitième jour et son achèvement est le plus parfait dans la zone la mieux affrontée, celle où la distance qui sépare les deux surfaces est la moindre, mais il est à remarquer, toutefois, que cette zone siège toujours à une faible distance des fils et non à leur voisinage immédiat.

On voit donc que tous ces processus relèvent uniquement de l'activité propre des cellules endothéliales et du tissu conjonctif. Ces recherches confirment, en somme, celles de M. Rouvier qui a déjà démontré que l'accolement se fait pour les plaies du tissu conjonctif comme pour les plaies des séreuses, et émis l'hypothèse de la nature conjonctive des cellules endothéliales qui tapissent le péritoine.

Rapport annuel sur la vaccine.

M. Hervieux donne lecture à l'Académie de son rapport annuel sur la vaccine.

Il insiste, dans son rapport, sur la persistance de l'épidémie de variole qui règne à Marseille. Cette épidémie a commencé en 1893, en même temps que celle de Paris. Mais, tandis que celle qui sévissait à Paris a été enrayée en 1894, celle de Marseille dure encore et occasionne une mortalité considérable. Evidemment, la cause de cette persistance réside uniquement dans ce fait que les revaccinations, la désinfection par les étuves municipales, les vaccinations obligatoires dans toutes les collectivités ont été négligées. Ces moyens de combattre la variole ont été réclamés cette année par la plupart des candidats pour les prix de vaccine et c'est à eux qu'il faut avoir recours pour remédier à l'épidémie marseillaise.

Un cas d'actinomycose.

M. Blanchard lit un rapport sur une observation d'actinomycose présentée à l'Académie par M. Ducor avec le titre de : Un cas d'actinomycose à forme néoplasique. La guérison a été ici obtenue grâce au traitement par l'iodure de potassium.

Photographies par les rayons Rœntgen.

M. Fournier, au nom de **MM. Barthélemy** et **Oudin**, présente deux photographies obtenues par rayons Rœntgen :

L'une est celle d'une tumeur blanche du genou chez une petite fille, où les muscles postérieurs du genou apparaissent très nettement;

L'autre est celle d'une gomme de l'avant-bras où l'on voit le cubitus intact, mais, sur le radius, une hypérostose énorme que le palper seul ne parvenait pas à découvrir.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Photographie des bruits du cœur.

M. A. de Holowinski. — J'ai pu, l'année dernière, photographier automatiquement les instants des bruits du cœur. Mes expériences reposent sur ce fait que la tension périodique des valvules est synchrone aux bruits perçus par le stéthoscope et par l'ouïe et aussi aux secousses mécaniques qui accompagnent cette tension en se propageant sur toute l'étendue du thorax. Ce sont les instants de ces secousses synchroniques avec le stéthoscope que j'ai pu photographier. Je me suis servi pour cela d'un appareil qui comprend les quatre éléments suivants :

a) Un microphone appliqué sur la surface du cœur;

b) Un téléphone optique excité par le microphone et dont le diaphragme produit les anneaux colorés de Newton;

c) Un système optique pour éclairer les anneaux et en réfléchir l'image réelle inverse et agrandie sur une étroite fente verticale;

d) Un tambour, enveloppé par un papier sensible, qui tourne derrière la fente de la chambre photographique.

Dépense énergétique des muscles.

M. A. Chauveau, à l'appui de ce principe que la dépense énergétique du muscle qui soulève un poids est moindre en partant d'un état d'allongement extrême que d'un état de raccourcissement déjà plus ou moins prononcé, apporte des faits basés sur la dépense énergétique appréciée par les échanges respiratoires.

Il a constaté expérimentalement :

a) Que la dépense énergétique est moins forte pour un même travail extérieur quand un muscle agit sous un moindre degré de raccourcissement;

b) Que d'après les échanges respiratoires tout aussi bien que d'après la valeur de l'échauffement musculaire, la dépense énergétique des muscles s'accroît pour un même travail mécanique accompli avec le degré de raccourcissement qu'affectent ces organes lorsqu'ils entrent en travail.

Influence de la lécithine sur la croissance des animaux à sang chaud.

M. B. Danilewsky montre que cette substance, injectée chez les chiens en petites quantités, a pour effet de produire une augmentation sensible du poids du corps dans la période de croissance.

Cette influence stimulante peut être considérée comme étant en connexion avec l'amélioration du sang déterminé par l'injection de la lécithine chez les chiens, augmentation des érythrocytes et de l'hémoglobine. De plus, les animaux injectés sont plus vifs, plus agités et plus forts que les sujets de contrôle. Il semble même que la lécithine exerce une action immédiate sur le cerveau, car la précocité du développement psychique est très prononcée chez les chiens en parfaite santé.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Dans la septième session du Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes qui se tient à Nancy, du 1er au 5 août 1896, **M. Lamacq** (de Bordeaux) a lu sur la séméiologie des tremblements un rapport dont nous allons donner le résumé.

Le tremblement consiste dans une série d'oscillations *rythmiques* produites par une partie quelconque du corps (membres, yeux, paupières, langue, tête, etc.).

Les tremblements se divisent en deux catégories, suivant qu'ils se produisent au repos ou bien à l'occasion de mouvements volontaires. La paralysie agitante donne le type des premiers mouvements; la sclérose en plaques donne le type des seconds. Cette classification est admise par M. Grosset. Au point de vue du nombre de leurs vibrations par seconde, on divise encore les tremblements en trois groupes :

a) Les tremblements lents qui présentent trois à cinq oscillations par seconde; tels sont les tremblements de la maladie de Parkinson et le tremblement sénile.

b) Les tremblements moyens qui présentent six à sept oscillations par seconde; tel est le tremblement de la sclérose en plaques.

c) Les tremblements rapides qui présentent huit à dix oscillations par seconde; tels sont les tremblements du goitre exophtalmique et de la paralysie générale progressive.

Quoi qu'il en soit, ces classifications sont insuffisantes et il existe des tremblements polymorphes qui ne sauraient y prendre place.

On a surtout étudié le tremblement des mains. M. Pitres a montré, ainsi, que 40 0/0 des malades, non atteints de maladies à tremblements, étaient néanmoins des trembleurs. La proportion en est la même à la fois dans les deux sexes, ce qui porte à croire que ni l'alcoolisme pour les hommes, ni l'émotivité pour les femmes, ne peuvent expliquer la fréquence de ces tremblements.

Il s'agit ici d'un tremblement vibratoire à petites oscillations nombreuses et c'est dans la neurasthénie qu'on le constate, selon M. Pitres, avec la plus grande régularité (85 0/0); ce tremblement vibratoire a donc une valeur séméiologique réelle dans la neurasthénie.

Le tremblement de la langue et le tremblement des paupières sont moins fréquents que le tremblement des mains.

Dans la paralysie générale progressive, on a noté, toutefois, que le tremblement de la langue se montrait plus fréquemment que le tremblement des mains au début de l'affection.

Il faut savoir enfin que les tremblements s'associent souvent à des mouvements arythmiques, anormaux. Il n'est pas rare qu'un malade présente des tremblements dans un membre et des mouvements ataxiformes ou choréiformes dans un autre membre. On peut observer des associations de cette sorte dans les tremblements post-hémiplégiques et dans la maladie de Friedreich. Le tremblement hydrorgyrique présente un type remarquable de ces associations et subit la transformation de son mouvement rythmique en un mouvement arythmique. De plus, le tremblement rythmique de l'hydrorgyrisme prend une forme spéciale dans les mouvements volontaires. On a vu de même des malades atteints de la maladie de Parkinson où le tremblement existe au repos, et chez lesquels le tremblement ne se produisait cependant que sous l'influence d'efforts ou de mouvements exigeant une certaine attention.

Le tremblement sénile subit les mêmes fluctuations. C'en est même au point que M. Demange a accepté l'identité morphologique du tremblement de la maladie de Parkinson et du tremblement sénile.

En définitive, il y a donc entre les deux grandes classes de tremblement, établies par M. Grosset, une série de formes de transition.

Encore ne faut-il pas admettre, d'une manière absolue, que tel tremblement correspond à telle maladie déterminée, et, pour ne prendre qu'un exemple, le tremblement de la sclérose en plaques, tremblement volontaire, peut se rencontrer avec des caractères identiques dans la méningite cervicale hypertrophique et dans certains cas d'hémiplégie.

Pour tous ces faits, M. Lamacq conclut que la valeur séméiologique des tremblements n'est pas définitivement établie. Ils peuvent n'être parfois qu'une manifestation sans grande importance comme ils peuvent, dans d'autres cas, avoir une valeur considérable quand ils se montrent d'une manière constante au cours d'une affection.

Il faudrait peut-être penser que le tremblement de la neuras-

thénie, du goitre exophtalmique, ne sont que l'exagération de ce tremblement normal constaté par M. Pitres chez 40 0/0 d'individus.

Quant au tremblement de la maladie de Parkinson et à la trépidation épileptoïde (indice certain de la sclérose des cordons latéraux), il faudrait les considérer comme les tremblements dont la valeur séméiologique est, jusqu'ici, la mieux établie.

A la classification des tremblements donnée par M. Lamacq, **M. Bernheim** (de Nancy) a ajouté une classification basée sur la curabilité des tremblements. Pour lui, certains tremblements seraient curables, tels sont ceux de l'hystérie, de la chorée quand celle-ci ne relève pas d'un état infectieux. Les autres tremblements seraient absolument incurables, tels sont ceux de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques, de la maladie de Basedow et des intoxications par le plomb, l'alcool, le mercure. De plus, d'après M. Bernheim, c'est grâce à la suggestion que l'on pourrait établir la curabilité ou l'incurabilité des tremblements. En effet, la suggestion guérit les tremblements de la première catégorie, elle ne guérit pas les tremblements de la seconde qui sont dus à une lésion organique irrémédiable.

Enfin, **M. Crocq** (de Bruxelles) s'est élevé contre la proportion de 40 0/0 de trembleurs sans lésion adoptée par M. Lamacq. Ces trembleurs, dit M. Crocq, étaient des sujets sains seulement en apparence. Il y avait très certainement, dans le nombre, beaucoup d'alcooliques et beaucoup de neurasthéniques. De plus, les sujets expérimentés étaient des Méridionaux : sujets émotifs et alcooliques. Cela explique l'égale proportion de trembleurs dans les deux sexes. Chez les peuples du Nord où les femmes sont peu émotives et les hommes peu entachés d'alcoolisme, on trouverait des proportions différentes.

Nous donnerons, dans notre prochain numéro, le résumé des principales questions qui auront été traitées au Congrès.

LES LIVRES

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Les ferments thérapeutiques, par le docteur de Backer, en collaboration avec J. Bruhat et le docteur A. Charlier. Un fort volume in-8° de 600 pages environ avec 16 figures dans le texte. Prix : broché. 10 fr. ; relié, 12 fr.

Ce volume de 600 pages est le « Compendium » des doctrines nouvelles que M. le Dr de Backer a introduites dans le domaine thérapeutique moderne. Il montre comment l'auteur a été amené logiquement à se servir des *ferments figurés* pour substituer une fermentation saine et normale aux fermentations anormales et pathologiques qui constituent, d'après Pasteur, les maladies infectieuses.

C'est au laboratoire de la rue Gavarni que MM. de Backer et Bruhat ont fait leurs expérimentations sur les animaux, c'est à la clinique de la place Clichy, 6, que MM. de Backer et Charlier ont établi leurs observations cliniques. C'est là que l'on peut visiter les travaux qu'ils continuent avec persévérance et succès.

Le volume qui vient de paraître traite de la fermentation comme acte vital, tel qu'il a été conçu et défini par Pasteur, Bourquelot, etc. On y voit logiquement se dérouler toute la série des notions aujourd'hui indispensables à tout médecin qui ne veut point rester en arrière sur le chemin bactériologique. Tout est exposé avec une lucidité et une simplicité qui rend la lecture de ce volume scientifique facile et agréable.

Les réactions des cellules organiques, les *alekines* qui sont les produits de ces réactions, les *antitoxines microbiennes* sont l'objet d'une étude spéciale.

Le chapitre II est consacré à la fermentation alcoolique et aux influences qui la modifient.

Dans le chapitre III, la phagocytose des ferments figurés et des conidies de certains champignons est démontrée par de nombreuses expériences. Le parallèle établi entre les applications de ces doctrines à la vinification scientifique et au traitement des maladies des vins, ce parallèle est des plus intéressants. Il démontre que nous sommes ici en présence d'un principe général dont la thérapeutique peut tirer le plus grand profit.

Dans le chapitre IV, l'auteur montre les appareils qu'il a dû inventer pour arriver à une asepsie absolue des cellules qu'il emploie, il décrit les instruments qu'il emploie pour faire ses injections. Tout est nouveau, ingénieux, instructif.

Dans le chapitre V, le Dr de Backer pénètre plus avant dans la question des ferments ; il nous montre l'éducation que l'on peut faire de ces cellules, les habituant à vivre dans certains milieux, acquérant par l'accoutumance à certains poisons des propriétés spéciales, peut-être *spécifiques* : Les toxodiastases remplaceront-elles un jour avantageusement les sérums, dont un seul (l'antidiphtéritique) a donné les résultats attendus ?

La diffusion des cellules de levure dans l'économie et leur absolue innocuité quand elles sont pures : telles sont les démonstrations renfermées dans le chapitre VI. Le chapitre suivant expose toutes les applications thérapeutiques des dits ferments.

Leur emploi dans la tuberculose est l'objet d'une étude dont la valeur n'échappera à personne, car elle présente un aperçu nouveau de la question tuberculeuse, cette maladie étant considérée, comme l'admettent la plupart des spécialistes, comme une fermentation pathologique amenée dans le moût humain par un bâtonnet comparable à celui qui produit les fermentations acétiques, lactiques ou butyriques dans les liquides alcooliques.

Les observations cliniques citées par les Drs de Backer et Charlier sont des plus intéressantes : presque toutes ont eu pour témoins d'estimables confrères dont l'autorité est indiscutée.

Nous croyons que ce volume du Dr de Backer, d'une originalité absolue, ne traitant que de choses tout à fait nouvelles, est destiné à un très grand succès : nous ne saurions trop engager les médecins à le lire, pour s'édifier sur les questions bactériologiques pendantes et s'assurer de ce que peut la *méthode des ferments*, dont M. de Backer a fait un puissant *levier thérapeutique*.

Eléments d'ophtalmologie journalière, par MM. les Drs Puech et Fromaget, anciens chefs de clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Les traités d'ophtalmologie sont nombreux. Beaucoup sont excellents et la publication de ces éléments ne saurait leur être substituée.

Les auteurs s'adressent au public médical le plus nombreux, à celui composé de praticiens qui cherchent, non les cas exceptionnels, mais ceux qui se voient chaque jour.

Ils se sont attachés à décrire les affections oculaires les plus communes dans leurs traits les plus frappants, à mettre en lumière les symptômes les plus facilement reconnaissables.

Ils ont de plus donné à la partie thérapeutique un développement très considérable, en s'attachant à décrire aussi minutieusement que possible les indications des traitements qu'ils conseillent. Ce côté thérapeutique, négligé dans presque tous les traités d'ophtalmologie, constitue un guide très sûr pour le médecin.

Ces *Eléments d'ophtalmologie*, en raison du soin apporté à la description clinique des affections oculaires, seront d'une très grande utilité à tous les étudiants qui désireront s'initier à l'ophtalmologie.

Les auteurs, en débarrassant leurs descriptions de toutes les questions purement scientifiques, ont fait un excellent petit traité qui rendra des services signalés aux médecins et aux étudiants.

Chez Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le diagnostic bactériologique du paludisme, par le Dr Du Bois de Saint-Sevrin, médecin de première classe de la marine, professeur de bactériologie à l'École d'application de médecine navale de Toulon. In-8° de 16 pages, avec une planche en couleur : 1 fr. 50.

Précis de physiologie, par E. Hédon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. grand in-18, cartonné toile de 524 pages et de 124 figures dans le texte : 6 fr.

Affections chirurgicales du tronc (rachis, thorax, abdomen, bassin), par le Dr Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de Paris, etc. (fasc. III). 1 vol. in-8° de 550 pages avec figures : 6 fr.

De la dépopulation de la France (étude de la natalité), par le Dr E. Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-8° de 265 pages : 5 fr.

De la fièvre dans la tuberculose et principalement de la fièvre hectique, par le Dr Mangin-Bocquet, ancien interne des hôpitaux. Grand in-8° de 168 pages : 3 fr.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Lille.

La chaire d'hygiène est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Lyon.

M. le docteur Pauly est nommé chef de clinique médicale.

Ecole de médecine de Poitiers.

Un concours s'ouvrira, le 1er février 1897, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Poitiers.

HOPITAUX DE PROVINCE

Hôpital de Clermont-Ferrand.

M. le docteur Lepetit est nommé, après concours, chirurgien des hôpitaux.

ACTES OFFICIELS

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :
Officier. — M. le docteur Ch. Périer (de Paris),
Chevaliers. — MM. les docteurs Gilbert, Auvard, C. Leroux, Vialle (de Paris); Bélugou (de Lamalou-les-Bains); S. Bonneau (de Mantes).

VARIA

Congrès des Sociétés savantes en 1897.

Le prochain Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à Paris, à la Sorbonne, le 20 avril 1897.

Prix proposés par la Société médico-psychologique pour l'année 1897.

Prix Aubanel (2,000 fr.). — Question : *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Prix Belhomme (600 fr.). — Question : *Du langage chez les idiots.*

Prix Esquirol (200 fr. et les œuvres d'Esquirol). — Au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mental.

Prix Moreau de Tours (200 fr.). — Au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en France pendant les années 1895 et 1896 sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION

(Suite.)

B. Comment le bol alimentaire ne pénètre pas dans les fosses nasales.

Grâce au fonctionnement du voile du palais. Ce fonctionnement a été interprété de différentes façons par les auteurs. On a dit de lui : 1° qu'il se renversait de bas en haut pour s'appliquer sur l'orifice postérieur des fosses nasales et l'obturer ; 2° qu'il se tendait pour permettre au pharynx de venir, par sa contraction, s'appliquer sur son bord postérieur ; 3° qu'il se fermait par la mise en œuvre de ses deux piliers postérieurs.

La première hypothèse (renversement du voile palatin) n'est plus acceptée aujourd'hui. Le voile n'a, en réalité, que deux rôles : 1° il se tend ; 2° il se ferme.

1° Le voile du palais se tend.

Il se tend. non pas en s'abaissant, ainsi que l'ont affirmé à tort Haller, Gerdy, de façon à comprimer le bol sur la face dorsale de la base de la langue, mais, au contraire, en s'élevant, de façon à former jusqu'au pharynx qui vient s'appliquer sur lui une sorte de voûte : ainsi se forment précisément dans la cavité pharyngienne deux loges séparées l'une de l'autre : la supérieure, correspondant aux fosses nasales (la respiration est supprimée pendant la déglutition), l'inférieure communiquant avec l'œsophage et qui est la voie des aliments. Cette tension et ce soulèvement du voile peuvent être constatés : 1° sur soi-même à l'aide d'une glace ; 2° à l'occasion de certains faits pathologiques, par exemple sur des malades n'ayant plus de maxillaire inférieur ; 3° par l'expérience de Dehron qui, introduisant un stylet par l'orifice antérieur des fosses nasales. remarquait le soulèvement de l'extrémité antérieure de celui-ci pendant le second temps de la déglutition ; 4° par l'examen des tracés fournis par la compression que subissent des ampoules placées dans les fosses nasales ; 5° par certaines expériences comme celle du tube introduit dans les fosses nasales et plongeant dans un vase plein d'eau (Maissiat). On voit alors l'eau monter dans le tube à chaque déglutition, ce qui prouve qu'en se tendant et en se soulevant, le voile a permis l'occlusion complète (d'où le vide) de la cavité située entre la voûte palatine et le pharynx.

La tension du voile est évidemment sous la dépendance de la contraction des péristaphylins externes ; quant à son soulèvement, il est dû, non pas, ainsi qu'on l'a prétendu, à la pression exercée sur sa face inférieure par le bol alimentaire. mais bien aussi à la contraction musculaire. La preuve en est dans ce fait que le degré de soulèvement est absolument indépendant de la nature et du volume du bol alimentaire. Le soulèvement du voile est donc, comme la tension de celui-ci, un phénomène essentiellement actif.

2° Le voile du palais se ferme.

On admettait, autrefois, que les deux piliers postérieurs du voile du palais, en se contractant, marchaient à la rencontre l'un de l'autre et formaient ainsi comme une sorte de rideau entre le pharynx inférieur et le pharynx supérieur, rideau qui s'opposait à la pénétration des aliments dans l'orifice postérieur des fosses nasales. Cette théorie fut, plus tard, battue en brèche et rejetée ; Arloing ne l'accepte pas. Le rapprochement des deux piliers postérieurs, sous l'influence de la contraction des muscles pharyngo-staphylins, a été cependant constaté ultérieurement par V. Laborde chez le chien ; mais ce rapprochement n'est pas, à la vérité, complet ; entre les deux piliers en contraction, persiste un espace losangique que vient combler la luette

(A suivre.) X. Y.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 33 15 Aout 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

II. Le gubernaculum testis.

De l'extrémité inférieure du testicule et de l'épididyme se détache un cordon ligamenteux arrondi, blanchâtre, de consistance molle, qui se porte en bas et en dedans vers l'arcade crurale; ce cordon est situé en avant du psoas auquel il est lâchement adhérent, et en arrière de l'intestin grêle dont les anses le recouvrent: c'est le gubernaculum de Hunter, la vagina de Haller (1), le basis de Girardi (2), le cylinder de Camper (3). Quand on examine le gubernaculum par l'intérieur de la cavité abdominale, on le voit, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope, dans la région inguinale, pénétrer dans l'épaisseur de la paroi, puis disparaître. Aussi peut-on lui décrire trois segments : le premier, supérieur, forme la *portion intra-cavitaire;* le second, intermédiaire, forme la *portion intra-pariétale;* le troisième, inférieur, forme la *portion sous-tégumentaire.*

Sur sa face antérieure, le guberoaculum est tapissé par le péritoine; mais ce péritoine s'enroule autour du gubernaculnm comme il s'enroule autour du testicule; au lieu de le plaquer contre la paroi abdominale postérieure, il se réfléchit sur ses faces latérales et lui forme un lâche repli beaucoup plus large en haut. près du testicule, qu'en bas, près du canal inguinal, repli qui s'insère en arrière sur la région lombaire, se continue en baut avec le méso-testis et se termine en bas à l'orifice profond du canal inguinal, là où le gubernaculum paraît s'enfoncer dans l'épaisseur de la paroi abdominale. En ce point, il y a adhérence intime entre le gubernaculum et son revêtement séreux; j'insiste sur ce détail.

Les anatomistes ne sont d'accord ni sur les insertions, ni sur la structure du gubernaculum; je ne veux point refaire ici (ce serait un vain travail) toute la bibliographie de cette question : on la trouvera dans le mémoire de Godard (1).

Portion abdominale du gubernaculum. — On sait qu'à l'exemple de Curling et de C. Robin, M. Sappey (2) a décrit au gubernaculum trois faisceaux : « l'un central, composé de fibres musculaires lisses — faisceau principal — qui s'insère dans le fond du scrotum, les deux autres, périphériques, composés de fibres musculaires striées — faisceaux accessoires —, l'externe qui s'attache sur le ligament de Fallope près de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'interne qui s'implante sur l'épine du pubis et la gaine du grand droit ». Je n'ai jamais vu ces deux faisceaux périphériques, ainsi que je l'ai déjà dit à propos du crémaster: le gubernaculum est un cordon arrondi, isolé, unique, absolument indépendant, qui pénètre tout entier, sans se diviser, dans le canal inguinal; il est formé de tissu conjonctif entre les éléments auquel s'infiltrent de nombreuses fibres musculaires lisses. D'autre part, John Hunter (3) et plusieurs auteurs depuis lui, Klaatsch (4) tout récemment, ont décrit des faisceaux musculaires qui se détacheraient du petit oblique et du transverse et iraient — cône inguinal de Klaatsch — à la rencontre du gubernaculum testis (à la vérité Hunter n'a observé, dit-il, cette disposition que sur un bélier adulte atteint d'ectopie). Pour moi, je n'ai rien constaté de pareil, ni sur les fœtus humains, ni sur les

(1) Alberti Halleri : *Opuscula pathologica, herniæ congenitæ*, p. 35. Chez Mich. Bousquet, Lausanne, 1855.

(2) Girardi : In *Septem tabulam de Santorini*, p. 184. Parme, 1775.

(3) Camper : In *Verhandelingen van het Haarlemsche genootschap*, t. VI, cah. I, 1761.

(1) E. Godard : *Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme*. In *Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de Biologie*, 1856, t. III, p. 332.

(2) Ph. Sappey : *Loco citato*, p. 604.

(3) John Hunter : *Loco citato*, p. 67, 68, 69, 70.

(4) Klaatsch : *Loco citato*, p. 17.

fœtus de nos animaux domestiques. Il faut remarquer qu'Hunter a fait nne déduction imprudente quand il a écrit : « Chez le fœtus humain, tant que le testicule est retenu dans l'abdomen, le crémaster est si mince que je ne puis le suivre et déterminer s'il monte vers le testicule ou s'il descend vers le scrotum; cependant on peut admettre par analogie qu'il se dirige en haut vers le testicule ». Par analogie avec la disposition que présente le crémaster du hélier adulte atteint d'ectopie : voilà ce que veut dire John Hunter. Or, c'est là précisément qu'il y a erreur. Si le testicule ne descend pas, c'est qu'il est retenu; mais que le testicule descende ou ne descende pas, le gubernaculum n'en subit pas moins la rétraction — quel que soit le mécanisme — à laquelle il est soumis; et c'est précisément pour la raison qu'ils sont sollicités par cette rétraction que les muscles abdominaux auxquels le gubernaculum adhère cèdent et rentrent dans l'abdomen. On peut, en exerçant sur le testicule une traction qui le rapproche du diaphragme, répéter cette expérience sur tous les fœtus animaux et humains: elle réussit toujours : c'est ainsi — artificiellement ou pathologiquement — que se forme *le cône inguinal.*

Portion pariétale du gubernaculum. — En effet, en pénétrant dans le canal inguinal, le gubernaculum contracte avec les fibres inférieures du petit oblique et du transverse des rapports très intimes : « On peut se persuader d'après les coupes, dit le professeur C. Weil (1), que les fibres musculaires du gubernaculum se trouvent à un tel point en connexion avec la musculature abdominale qu'on ne peut pas distinguer ce qui appartient à l'un de ce qui appartient à l'autre ». Debierre et Pravaz (2) écrivent aussi : « A ce niveau, le gubernaculum est intimement mélangé à des fibres du petit oblique qu'il semble avoir entraînées dans son parcours. Ces fibres lui forment une sorte de filet qu'il enfoncera de plus en plus jusqu'à s'en coiffer ». Je le répète, c'est seulement quand elles traversent la paroi abdominale que les fibres musculaires lisses du gubernaculum s'entourent de fibres striées.

Au reste, les études faites sur la femme, chez qui le gubernaculum, au lieu de s'atrophier, se développe pour former le ligament rond, corroborent cette affirmation. « Dans l'origine du trajet inguinal, écrivent Doléris et Ricard (3), le ligament rond reçoit quelques fibres détachées du petit oblique avec lesquelles il se confond ou plutôt avec lesquelles il paraît se continuer ». De son côté, Beurnier (4) montre, contrairement à Rouget (5), que dans aucune de ses portions le ligament rond ne contient de fibres striées, et décrit, en avant et au-dessus de lui, un petit trousseau musculaire (faisceau inguino-pubien) qui s'étend de l'épine pubienne à la face supérieure de l'arcade crurale, un peu en dehors de son milieu, trousseau qui n'est pas autre chose, sans doute, qu'une languette des

(1) C. Weil : *Ueber den Descensus testiculorum nebst Bemerkungen.* Chez G. Freytag, Leipzig, 1885.

(2) Ch. Debierre et J. Pravaz : *Loco citato*, p. 170.

(3) Doléris et Ricard : *Union medicale*, 24 novembre et 29 décembre 1885.

(4) Beurnier : *Ligaments ronds de l'utérus.* Th. in Paris, 1886, p. 25, 26, 105. Chez Steinheil, Paris, 1886.

(5) Ch. Rouget : *Loco citato*, p. 489.

muscles abdominaux séparée de la masse principale par une traînée triangulaire de tissu cellulo-adipeux. L'anatomie comparée, enfin, parle dans le même sens : « Il est très évident chez le plus grand nombre de mammifères, écrit Ch. Rouget (1), insectivores, rongeurs, ruminants, carnassiers, que les faisceaux musculaires du ligament rond ne traversent pas la paroi abdominale antérieure, qu'ils s'étalent tout simplement à la face postérieure de cette paroi, dans la région inguinale, et se fixent sur l'enveloppe celluleuse du muscle transverse, comme le fait le ligament rond lombaire. Dans tous ces cas, on ne trouve pas autre chose dans le ligament rond que des faisceaux de fibres lisses. »

Portion extra-inguinale du gubernaculum. — Que devient maintenant le gubernaculum après avoir franchi la paroi abdominale? La plupart des auteurs écrivent qu'il va se perdre dans le fond du scrotum. Debierre et Pravaz (2) ont mieux étudié ce détail : « A ce moment, la terminaison du gubernaculum est mal définie; la poche scrotale est à peine indiquée; au delà de l'anneau externe du canal inguinal, le gubernaculum se dissocie et semble se perdre dans une toile celluleuse chargée d'îlots graisseux occupant la cavité commençante des bourses: cette toile celluleuse contient des fibres élastiques et des fibres musculaires lisses; en réalité, c'est elle qui tient lieu du faisceau scrotal des auteurs ». On lit dans le mémoire de G. Weil (3) : « Le segment inférieur du gubernaculum s'effile en pointe; les deux gubernaculums se confondent à la partie médiane et se perdent finalement au bord inférieur du pubis, dans le tissu sous-cutané ». J'ai examiné, sur ce point, de nombreux fœtus, et je ne suis pas encore fixé sur les insertions vraies du gubernaculum. Il est certain qu'il se dissocie; un de ses faisceaux paraît bien certainement plonger dans le scrotum et se perdre dans la masse cellulaire qui en remplit la cavité. Avant Debierre et Pravaz, Jules Cloquet (4) avait déjà bien montré cette fusion du gubernaculum et de cette espèce (qu'on me passe l'expression) de cellulôme intra-scrotal. « Le fascia superficialis, dit-il, forme chez le fœtus, au-devant de l'anneau inguinal, une poche celluleuse qui reçoit le testicule lorsque cet organe sort de l'abdomen... Avant la descente du testicule, la poche dont il est question se confond avec le gubernaculum testis. Il semble qu'elle se retourne sur elle-même à sa partie inférieure pour envoyer dans l'anneau un faisceau blanchâtre à fibres rayonnées qui va se fixer à l'épididyme en même temps que le gubernaculum lui-même ». Les autres faisceaux gubernaculaires m'ont paru s'attacher d'une façon variable, comme le ligament rond, « sur les fascia et tendons aplatis qui constituent la charpente abdominale » et même à la face profonde « du derme cutané de la région inguinale ». Je pense que les anatomistes qui ont essayé de disséquer la portion terminale du gubernaculum ou seulement celle du ligament rond, comprendront mes réserves : en réalité, cela est très difficile à voir.

Jules Cloquet qui a « travaillé » un grand nombre

(1) Ch. Rouget : *Loco citato*, p. 489.

(2) Debierre et Pravaz : *Loco citato*, p. 170, 171.

(3) G. Weil : *Loco citato.*

(4) Ch. Debierre et J. Pravaz : *Loco citato.*

de fœtus et qui a écrit, sur l'anatomie de l'aine, le très remarquable mémoire dont j'ai déjà parlé, a éprouvé, avant moi, les difficultés que je signale : « Chez les fœtus de cinq à six mois, dit-il, les recherches de ce genre sont fort difficiles ; les fibres inférieures du petit oblique sont molles, d'une couleur rougeâtre, comme le tissu cellulaire environnant, qui est infiltré lui-même à cette époque d'une humeur visqueuse, au milieu de laquelle les vésicules adipeuses sont disséminées ». Et cela est si vrai que Jules Cloquet décrit le gubernaculum comme s'attachant, non seulement au scrotum, mais encore à l'ischion.

Au résumé, le gubernaculum testis est composé d'un seul faisceau qui, au niveau de la région inguinale, se dissocie pour s'attacher sur les plans osseux et fibreux du voisinage. Il ne possède point de faisceaux périphériques striés ; les fibres musculaires du petit oblique et du transverse ne vont point au-devant de lui, dans l'intérieur du ventre. Il est composé de fibres musculaires lisses et, dans son épaisseur, ainsi que Barrois (1) l'a démontré récemment, il n'existe point de fibres striées.

Voilà les faits. Reste maintenant à donner l'interprétation des trois phénomènes suivants : 1° Comment le testicule descend-il ? 2° Quelles modifications sa migration imprime-t-elle au gubernaculum ? 3° Comment sa migration entraîne-t-elle la formation de la vaginale ?

α) *Comment le testicule descend-il ?* — On ne sait encore quel est l'agent véritable de la descente du testicule ; que le gubernaculum soit pour quelque chose dans ce phénomène, cela n'est pas douteux : mais ce gubernaculum est-il un simple repère, un « fil d'Ariane » que suit le testicule pour ne pas s'égarer, ou bien, au contraire, conduit-il lui-même ce testicule, du fait de son activité propre, du ventre dans les bourses ? Ici, l'ignorance est absolue, et comment ne le serait-elle pas puisque la structure du gubernaculum est mise elle-même en discussion ?

Acceptons, pour le moment, que le gubernaculum soit une simple corde tendue sur le chemin que doit suivre le testicule ; il faut alors admettre, avec Cleland (2), que ce testicule ne descend qu'en raison d'un inégal développement des organes ; l'abdomen et le bassin croissent, mais le gubernaculum ne s'allonge pas ; « il se passe là, disent très heureusement Debierre et Pravaz (3), ce qui se passe pour la moelle épinière, qui, au fur et à mesure du développement du rachis, remonte dans le canal rachidien ». Ainsi, dans l'espèce, il s'agirait d'un raccourcissement apparent du gubernaculum, car je crois qu'on peut tenir pour des quantités négligeables la pression atmosphérique, la tension de la paroi abdominale, le poids du testicule et la pesée que les viscères et le liquide péritonéal exercent sur lui, malgré l'importance qu'ont attachée à ces causes quelques grands anatomistes, G. Weil, en particulier, dans le mémoire que j'ai déjà plusieurs fois cité.

Et si, au contraire, le gubernaculum est bien, par son raccourcissement réel, le vrai conducteur du testicule, comment s'opère ce raccourcissement ? Par contraction musculaire lente, disent les uns ; par une sorte de rétraction conjonctive, disent les autres. Et les premiers n'en savent pas plus que les seconds.

Pour ma part, je crois (mais il s'agit là d'une conception *a priori*) que, dans la migration du testicule, le grand rôle est joué tout à la fois par l'inégale croissance des organes et par le raccourcissement inodulaire du gubernaculum. Sans doute, s'il y a des fibres musculaires, c'est qu'elles ont une tâche à remplir : mais laquelle ? et dans quelles proportions ?... Je le répète, nous n'en savons rien.

(A suivre.)

(1) Th.-Ch. Barrois : *Loco citato.*

(2) Cleland : *The mecanisme of the gubernaculum testis.* Edinburgh, 1856.

(3) Debierre et Pravaz : *Contribution à l'étude du muscle crémaster, etc. Lyon médical,* 30 mai 1886, n° 22 p. 136.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Jacques Houllier (?-1562).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Tant qu'elle n'aura pas dévoilé dans son entier le sphinx de l'inconnu, la médecine restera un art conjectural. Elle ne sera pas une science.

La science raisonne sur des données d'une certitude mathématique. L'art enveloppe ses productions d'une étoffe flottante. Cette étoffe, c'est la conception individuelle ; au hasard des goûts de chacun, elle drape ses productions de plis différents.

Simples tentatives, ébauches grossières, ces productions ! La statue se dégage à peine du morceau de marbre ; l'étoffe qui la recouvre en semble dessiner les contours : levez le voile ; un bloc mal équarri représente les jambes. C'est le voile qui nous donne l'illusion des lignes ; c'est le voile qui nous berce de l'espoir qu'un coup de ciseau enfoncé par nous a parachevé l'œuvre, c'est lui qui nous souffle le courage, l'acharnement après ce roc que nos efforts entament si peu.

Car le voile rabattu, la forme rêvée reprend vie ; l'enthousiasme anime la masse inerte ; pour quelques éclats de pierre détachés à grand'peine, il s'imagine avoir campé dans l'harmonie de sa courbe véritable le muscle auquel il a travaillé. Et c'est bien l'entrée en scène de l'imagination, c'est bien l'hypothèse d'où l'imagination prend son vol qui constitue la différence entre l'art et la science.

La science affirme, l'art suppose.

Il suppose le relief sur une surface plane, les chairs dans le marbre, l'ensemble d'après le détail, la vie d'après quelques expériences de laboratoire. Un fait lui révèle le mystère des mondes. Se comporter ainsi est son droit. Le progrès est à ce prix. La conviction décuple la force. Il faut croire à l'hypothèse jusqu'à preuve du contraire ; il faut la vérifier, s'acharner après elle. Qu'importe si la minceur du résultat dément la valeur du travail ! Un résultat, tant minime soit-il, indique que le temps n'a pas été perdu.

Encore faut-il que le labeur s'exerce sur l'œuvre à dégrossir ; rien ne vaut si peu que la dissémination des tâches éparses. Casser les cailloux de la route n'a jamais contribué à l'achèvement d'une statue. Amoncelés, régularisés, cubés, les cailloux ne formeront jamais que des tas de cailloux. Ils risqueront même d'écraser, sous leurs montagnes géométriques, l'œuvre d'art debout à côté d'elles. Ils dénoncent des bonnes volontés maladroites et inintelligentes dont il faut se débarrasser.

L'art consiste avant tout dans l'élimination de ce qui n'est pas indispensable et cela est encore vrai en médecine.

Notre époque subit sans protester une avalanche de publica-

tions informes. La myopie du sens critique lui fait accepter les concours les plus douteux. A cet égard, le XVIe siècle lui était supérieur : il comparait, jugeait, équilibrait la balance entre la tradition et l'observation, débarrassait son bagage du surpoids encombrant qu'il tenait de Galien et des Arabes.

Jacques Houllier est un des premiers qui aient collaboré à cette œuvre d'allègement. Il fut professeur à la Faculté de Paris et doyen en 1546. C'était un grand homme. Bordeu le place au-dessus de Baillou et de Duret et s'étonne que la Faculté n'ait pas fait brûler ses ouvrages.

II

Houllier se permettait, en effet, des affirmations téméraires. Il décrivait une hydropisie d'origine hépatique, une autre d'origine rénale.

Comme exemple de la première, il cite l'histoire d'un homme de 55 ans. Successivement atteint de fièvre tierce, puis de fièvre quarte, il devint hydropique plus tard. C'est en vain que Houllier lui prescrivit des dépuratifs du sang et toniques du foie : aloès, sirop de chicorée, rhubarbe, trochisques d'agaric, frictions d'huile d'aneth et de camomille, emplâtres de baies de laurier, cautère aux jambes. La mort survint et l'autopsie montra un foie parsemé de tumeurs squirrheuses, sans doute une cirrhose atrophique.

L'hydropisie peut aussi provenir du rein. Un abbé sentit un jour ses forces décliner ; le ventre enfla ; les urines se supprimèrent deux jours avant la mort. Bien que le malade ne se fût jamais plaint des lombes, on trouva le rein gauche rétracté, rempli d'une sanie sanguinolente et un calcul dans l'uretère du rein droit. Les remèdes indiqués en pareille occurrence sont les saignées, les diurétiques, les décoctions d'herbages ; nous trouvons même mentionnés les opiacés et les vésicatoires : l'action excitante de la cantharide sur la sécrétion urinaire était très appréciée de nos pères ; peut-être aussi l'abondance des saignées, en soustrayant une certaine quantité de principes toxiques du sang, empêchait-elle les principes nocifs du vésicatoire de manifester leurs effets. A supposer que le malade urinât moins, il était débarrassé de ses poisons par une autre voie que le filtre rénal.

Plus loin, nous trouvons une observation d'invagination intestinale avec élimination par gangrène du cylindre invaginé. En 1559, une dame ressentit de violentes douleurs dans le ventre : constipation opiniâtre. Le rectum est trouvé sain à l'examen au spéculum. Pendant que le diagnostic reste indécis, voici surgir des épreintes atroces et l'expulsion d'un morceau de chair sous forme de globe arrondi : un morceau de cæcum. La guérison s'ensuivit.

Ailleurs, c'est un abcès qui s'est ouvert dans l'intestin. Un adolescent de 15 ans fut pris de fièvre ardente ; des taches exanthématiques apparurent sur les hypochondres ; du pus coulait, avec les matières fécales, par l'anus. Une consultation fut provoquée et chacun de formuler son avis. C'est une pituite qui vient de l'intestin, déclare l'un ; non pas, elle descend du cerveau, riposte le second. Houllier penche, lui, pour un abcès du mésentère. Il ordonne des lavements, des pilules de térébenthine et d'aloès ; l'écoulement de pus diminue ; une certaine tension persiste, néanmoins, dans l'hypochondre droit ; la fièvre, tout en étant moindre, ne se dissipe pas complètement. Un mélange de sirop de chicorée et de rhubarbe dans des décoctions de racine d'oseille amène la guérison définitive.

De nombreux faits sont relatés d'épilepsie avec aura périphérique : chez un adolescent, c'est du petit doigt gauche que part le paroxysme ; il monte au cœur, donne lieu à de violentes palpitations, atteint la tête ; à ce moment, perte de connaissance et chute. Sur d'autres malades, le début de l'attaque commence par la main droite, le bras droit. Un moine parisien, âgé de trente ans, se sentait pris d'un malaise général qui finissait par se loger en douleur au niveau du sein gauche ; aussitôt cette localisation opérée, le malade tombait privé de ses sens. Des frictions vinaigrées sur les tempes le ranimaient ; il ouvrait les yeux, ne parlait pas, montrait de la main le point douloureux, ne dormait pas de la nuit suivante. Un homme, dans la force de l'âge et roux de poil, se plaignait d'une crampe dans la jambe droite ; cette crampe montait, envahissait tout le corps, aboutissait à une crise de convulsions avec écume à la bouche. Des vomissements copieux terminaient l'attaque qui se répétait d'ordinaire dans les jours qui séparent la lune à son déclin de la nouvelle lune. Ces vomissements indiquent l'origine de ces attaques : elles viennent communément de l'estomac chargé d'humeurs épaisses et âcres. Notion étiologique d'où dérive le traitement : vomitifs, saignée, purgatifs, à l'occasion thériaque et mithridate.

L'asthme aortique était connu de Houllier. En septembre 1549, il fit l'autopsie d'un moine qui avait succombé brusquement à une attaque d'asthme. Les poumons furent reconnus sains ; mais la paroi de l'aorte était percée d'un abcès qui s'ouvrait dans l'intérieur du vaisseau.

III

Voilà donc un homme, professeur, doyen de la Faculté de Paris, esprit original, n'acceptant pas la tradition les yeux fermés, observant par lui-même, et malgré ces titres et ces qualités, si profondément oublié qu'en dehors des érudits, — M. Fabre (de Commentry) est du nombre —, nul n'a notion de son existence.

L'ingratitude du malade vis-à-vis du médecin n'est rien comparée à celle que le médecin réserve à ses pères. En toute sincérité, nos contemporains s'imaginent ne relever que des temps présents ; leur culte ne célèbre que les travaux modernes. Un tel exclusivisme est sans excuse. Un fait enfonce toujours sa racine dans un fait antérieur qui lui sert de base ; s'il s'épanouit en frondaisons ombreuses, c'est que nos pères avaient fumé le sol.

Réhabilités par Houllier et quelques autres, les principes d'Hippocrate nous ont servi de guide depuis trois siècles : sans le sens clinique de ces maîtres, nous en serions peut-être encore à secouer le joug de Galien et des Arabes, si ce n'est pour la thérapeutique qui, elle, a été émancipée par Paracelse, au moins en ce qui concerne la pathologie.

Afin de justifier notre dédain vis-à-vis des vieux maîtres, nous ne pouvons invoquer le peu qu'ils savaient. Il serait trop facile à nos descendants de corroborer de raisons analogues l'oubli qu'ils se permettront de nos personnes : car notre instruction ne comptera pas comparée à la leur.

Un homme est diminué dès qu'on le sort de son siècle ; l'équité exige qu'on le laisse dans son milieu. Que les esprits qui souriront de notre admiration pour Houllier se demandent si leur nom à eux sera seulement prononcé à leur mort. Nous n'osons leur promettre cette gloire, bien modeste pourtant, puisqu'elle ne s'attache qu'au nom et laisse perdre l'œuvre.

Et voilà pourquoi nous leur prédisons l'oubli. De leur vivant, ils auront été des myopes intellectuels ; or, cette myopie non seulement ne voit rien et c'est pour cela qu'elle n'aperçoit pas la gloire des vieux maîtres, mais elle ne produit rien ou plutôt la production qu'elle autorise végète, abondante, stérile, quelconque. La postérité, elle, ne s'occupe que des végétations robustes et

rares. Tous ceux qui se désintéressent de l'histoire de la médecine sont, de ce fait, semble-t-il, condamnés à ne rien laisser qui leur survive : s'ils avaient créé de grandes œuvres, ils auraient eu le respect de ceux qui en ont accompli avant eux — et chapeau bas, le cœur ému, auraient salué le nom des initiateurs bienfaisants et hardis à qui devons les progrès de la clinique moderne.

REVUE D'HYGIÈNE

Par le docteur Ch. Amat, médecin-major.

I. Ivrognes-femmes, par M. Camescasse. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juillet 1895.

II. L'alcoolisme dans la race jaune, par M. E. Martin. In *Journal d'hygiène*, septembre 1895.

III. Le poison des flèches, par M. Critzmann. In *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1895.

IV. Dosage des odeurs, par M. Gérardin. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juillet 1895.

V. Les papiers de pliage au point de vue de l'hygiène, par M. Blaise. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juin 1895.

VI. Sur les microbes existant à la surface des pièces de monnaie, par M. Vincent. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, août 1895.

VII. Recherches sur l'étiologie de la dysenterie, par M. Vincent. In *Tribune médicale*, n°s 1 et 2, 1896.

VIII. La tuberculose dans la race jaune, par M. E. Martin. In *Journal d'hygiène*, août 1895.

IX. Transmission de la teigne tricophytique des animaux bovins à l'homme, par M. Haan. In *la Normandie médicale*, n° 12, 1896.

X. Considérations sur 1,400 revaccinations, par M. Lemaistre (du Tréport). In *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, août 1895.

I. — L'alcoolisme fait des progrès, et dans beaucoup de contrées, les femmes ont un culte exagéré pour la dive bouteille. Il en résulte un danger très grand au point de vue des enfants à créer et à élever. Si l'alcoolisme des hommes met en danger l'existence de la race, qu'en sera-t-il lorsque l'intoxication maternelle viendra s'y ajouter ? Aussi l'auteur voudrait-il qu'on dirigeât d'abord de ce côté le mouvement général qui se dessine en ce moment en faveur de la création d'asiles spéciaux pour les buveurs.

II. — Lorsqu'on envisage les lointaines origines de la civilisation de la race jaune, dit l'auteur, on est frappé de ce fait que la vigne n'a été cultivée chez elle qu'à une époque relativement récente. Que cela tienne à cette cause ou à l'influence exercée par les moralistes, il n'en est pas moins certain que l'alcoolisme est à peu près inconnu chez les Chinois. Mais à ce point de vue, la guerre sino-japonaise peut avoir, par ses résultats, des conséquences graves. Si dans les ports de Chine ouverts au commerce universel, les Européens n'ont pas encore, par leur contact avec les indigènes, élevé d'une façon sensible le taux de l'alcoolisme, on l'y rencontre cependant, et il est au moins à pressentir que sa diffusion s'effectuera proportionnellement à l'infiltration étrangère. C'est ainsi que se fera une fois de plus sentir cette influence fatale, déjà si souvent signalée, des nations civilisées lorsqu'elles entrent en contact avec celles que la supériorité de leurs armes ont vaincues. Elles apportent inséparablement, avec les lumières, les vices de la civilisation.

III. — Bien qu'un peu partout, même dans l'Afrique centrale, les fusils perfectionnés aient pénétré, il n'en existe pas moins encore des peuplades qui se servent de flèches. Pour rendre leurs armes plus meurtrières, ils les imprègnent soit de poisons chimiques, soit de produits infectieux à microbes pathogènes.

Les Somalis, les Waboni, les Wataita, emploient les uns les sucs d'apocynacées, les autres, les extraits de l'Acokanthera Schimperi.

Les naturels des Nouvelles-Hébrides confectionnent les pointes de leurs flèches avec des fragments d'os humains. Pour les intoxiquer, ils les enduisent d'une substance visqueuse et les plongent ensuite dans l'humus des trous à crabes qu'on trouve dans le voisinage des marais. Ces flèches détermineraient chez les individus qui en sont frappés des accès tétaniques types.

IV. — Est-il possible de déterminer la quantité de substance odorante qui se trouve en un endroit déterminé ? Oui, répond M. Gérardin. Les odeurs sont des corps, dit-il; comme tous les corps, elles ont un poids. Le problème à résoudre revient donc à extraire de l'air les émanations animales ou végétales qui causent surtout les odeurs, à les condenser sous un petit volume et à effectuer le dosage des matières organiques dissoutes.

La vapeur d'eau ayant la propriété d'entraîner, en se condensant, les vapeurs odorantes mélangées avec elle, il suffit d'ajouter à l'air odorant contenu dans un bocal de capacité connue une petite quantité de vapeur d'eau fluente et sous pression pour faire disparaître l'odeur de l'air et aromatiser l'eau de condensation.

Cette eau de condensation, filtrée avec une solution de permanganate de potasse, donne la quantité de matière organique ou aromatique contenue dans l'air du bocal.

V. — Dans la plupart des villes, les substances alimentaires vendues sont enveloppées dans des papiers neufs et propres. Dans quelques cas, cependant, et à Montpellier en particulier, on a pu noter l'emploi de vieux papiers ou de papiers usagés et maculés provenant de journaux, registres, ouvrages manuscrits ou imprimés.

Ces vieux papiers peuvent être imprégnés de germes morbides, être chargés de poussières contenues dans l'atmosphère, avoir séjourné dans des locaux habités par des personnes malades, avoir été souillés par des éclaboussures provenant d'humeurs ou de déjections morbides. Le danger est donc réel.

Le maire de Montpellier, sur le rapport de M. Blaise, a interdit, par un arrêté, l'usage des papiers maculés et peints, ces derniers étant souvent fabriqués avec des substances vénéneuses.

Il est à désirer que d'autres municipalités suivent l'exemple de Montpellier.

VI. — Il résulte de très nombreuses expériences entreprises par l'auteur que la surface des pièces de monnaie peut être le réceptacle accidentel d'un grand nombre de microbes saprophytes ou pathogènes et que, parmi ces derniers, ceux de la suppuration sont les plus fréquents.

Fort heureusement, les métaux qui forment les pièces de monnaie possèdent des propriétés antiseptiques et les microbes n'y ont qu'une vie éphémère.

A noter que le pouvoir antiseptique de l'or est plus faible que celui du bronze et que celui de l'argent est le plus marqué de tous.

Quoi qu'il en soit, l'habitude que certaines personnes ont de mettre à la bouche des pièces de monnaie est dangereuse.

VII. — Deux ordres de parasites ont été invoqués comme causes de dysenterie; d'une part, les amibes, de l'autre, des bactéries.

L'origine bactérienne de la dysenterie a été primitivement soulevée par Ziegler qui, dans plusieurs autopsies, aurait observé, à l'examen microscopique des coupes d'intestin, une grande quantité de microcoques abondant surtout dans les espaces lymphatiques de la couche sous-muqueuse. Prior, Klebs, Babès, Chantemesse et Vidal, Zancarol auraient fait la même constatation;

des expériences entreprises par ce dernier avec Débrides, il résulterait que le microbe à incriminer dans la dysenterie serait le streptocoque.

C'est Kartulès (d'Alexandrie) qui s'est le plus attaché à propager la doctrine amibienne. Dans plus de 500 cas de dysenterie, il dit avoir constaté la présence de ces éléments amiboïdes dans les déjections des malades, ainsi qu'à la surface et à la coupe du gros intestin.

Des constatations faites à la suite de Kartulès par Ossler, Dock, Passe, Kovacs et tant d'autres, il semble qu'on puisse conclure avec quelque apparence de certitude que parmi les éléments parasitaires susceptibles de régir l'étiologie et la pathogénie de la dysenterie épidémique, la première place doit être accordée à l'influence des amibes. Absorbées par la voie digestive en même temps que des eaux impures, des légumes ou des fruits souillés, les amibes détermineraient, dans le gros intestin, la production des ulcérations spécifiques.

Cependant, ces résultats, quelque précis qu'ils fussent en apparence, n'ont pas tardé à soulever des objections sérieuses. Déjà, en 1890, M. Laveran pensait que les abcès du foie dysentérique sont d'origine primitivement microbienne; que les microbes meurent assez vite dans le pus de ces abcès et que la dysenterie n'est pas, en France au moins, produite par des amibes. Ayant eu à soigner 10 malades atteints de dysenterie, il a trouvé chez un seul des amibes et encore en petit nombre.

M. Vincent vient, par quelques recherches personnelles faites sur le même sujet, confirmer les idées de M. Laveran, adoptées du reste par d'autres bactériologistes.

VIII. — M. Ernest Martin, ancien médecin de la légation de France en Chine, a publié sur la tuberculose dans la race jaune un travail fort intéressant qu'il résume dans les conclusions ci-après :

La race jaune n'est pas exempte de la tuberculose, bien que cette maladie soit sensiblement moins répandue en Chine que dans les autre contrées du globe. Cette infériorité numérique et cette sorte d'immunité relative doivent être rapportées à certaines conditions sociales et ethniques qui sont appelées à se modifier par le fait de l'expansion de la race jaune sur de nombreux points du globe et en particulier sur le nouveau monde. Car s'il est vrai que quelques-uns restent fixés sur ces points sans esprit de retour, la plupart finissent par rejoindre leur patrie où ils rapportent, plus ou moins, des mœurs et des coutumes des contrées de leur exil temporaire.

D'un autre côté, se mêlant aux résidents étrangers de la Chine, ils ne sont pas sans imiter ce que ceux-ci peuvent avoir de mauvais. L'opiumisme qui grandit chaque jour en témoigne.

Quelque énergique qu'ait été jusqu'ici la résistance des hommes d'Etat à entrer dans le concert des nations, quelque rebelle que soit le peuple à s'imprégner des innovations que l'Europe cherche à introduire, il arrivera sans doute un moment où la marche en avant sonnera ; et alors un changement appréciable dans l'état social du pays le placera dans des conditions telles qu'il subira fatalement la loi de ce mal de civilisation dont l'une des plus redoutables est la tuberculose.

La contagiosité de cette affection légitime cette prévision, et c'est ainsi que sur cette race. qui joue un si grand rôle dans l'histoire et qui jusqu'à présent en est restée relativement indemne, plane la diffusion du plus terrible des fléaux qui assiègent l'humanité.

IX. — La transmission de la tricophytie des animaux à l'homme a été constatée depuis très longtemps. Dans le cours de l'année dernière, l'auteur en a observé plusieurs cas. qu'il est arrivé à guérir en isolant les malades de la source de contamination; en faisant sur les régions malades des savonnages quotidiens au sublimé ; en combattant le parasite au début par la teinture d'iode, puis par le glycérolé cadique ; en opérant la désinfection des vêtements par le lessivage et l'imolation.

X. — Un cas de variole ayant été importé au Tréport, des vaccinations et revaccinations furent pratiquées pour empêcher la propagation du mal. Se basant sur les remarques faites par Juhel-Rénoy, à Aubervilliers, l'auteur estime qu'il est nécessaire de revacciner les enfants tous les cinq ans, qu'on doit même revacciner les vieillards et qu'une atteinte antérieure de variole ne rend pas la revaccination inutile. Pour lui, il est plus que jamais démontré ; que la vaccine est le seul moyen d'éteindre la variole ; que la durée de l'immunité vaccinale n'étant que de cinq ans, moindre même chez quelques sujets, il faut en temps d'épidémie revacciner tout au moins toute personne n'ayant pas été revaccinée avec succès depuis moins de cinq ans ; qu'à plus forte raison, il est indispensable de revacciner sans tarder tout l'entourage d'un varioleux, sans s'occuper de l'âge, même si l'on suppose un commencement de contamination ; qu'en temps d'épidémie, les municipalités, les directeurs d'administration, les chefs d'établissements industriels, doivent faire revacciner tout leur personnel ; qu'on doit revacciner toutes les femmes enceintes pour mettre le nouveau-né à l'abri du fléau ; qu'il faut remplacer dans les écoles le certificat de vaccine par un certificat de revaccination, et, qu'en tout temps, il faut tenir la main à l'application stricte des mesures de désinfection.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Igniextirpation de l'utérus pour carcinôme.

Mackenrodt (Berlin). — C'est seulement en faisant toute l'hystérectomie uniquement avec le thermo-cautère qu'on peut éviter l'infection par inoculation.

Voici le procédé de Mackenrodt :

Après nettoyage complet du vagin, curetage et cautérisation du foyer cancéreux dénudé, tout le champ opératoire est désinfecté à l'alcool et au sublimé : dans les vagins étroits on fait, au thermo-cautère. une profonde incision latérale au niveau du périnée. Le col est fermé par deux ou trois pinces spéciales (dans le genre de celles qui servaient à extraire les balles) qui prennent la paroi antérieure et la paroi postérieure. On attire le col en bas, puis avec le paquelin on perfore la paroi vaginale postérieure et on ouvre le cul-de-sac de Douglas.

On sépare ensuite, toujours par le feu, les parois latérales, puis l'antérieure, au niveau de leurs insertions sur l'utérus. Le pouce de la main gauche exerce maintenant une certaine pression sur la paroi vaginale antérieure : les adhérences qui unissent la vessie à l'utérus se tendent et sont sectionnées au thermo-cautère.

On pince ensuite les ligaments larges avec des pinces spécialement construites à cet effet ; elles doivent regarder l'utérus par leur concavité. Les ligaments sont sectionnés toujours avec le thermo-cautère : l'utérus se laisse abaisser davantage, l'excavation vésico-utérine est perforée et le reste du ligament péritonéal saisi avec la pince. Craint-on que l'hémostase par le feu ne suffise pas pour les artères utéro-ovariennes ? On peut les lier.

Traitement des troubles provoqués par l'aménorrhée naturelle ou produite par la castration, par l'ingestion de substance ovarienne.

Les succès obtenus par la médication thyroïdienne ont amené **M. R. Mond** (*Deutsche med. Wochenschr.*, 7 avril 1896) à essayer l'ingestion de substance ovarienne contre les troubles dus à la disparition naturelle ou à l'extirpation des ovaires. Il a employé des tablettes préparées par Merck avec des ovaires de vache et renfermant parties égales de sel et de substance ovarienne (0 gr. 25 de chaque). Il existe des tablettes de trois sortes :

1° les unes faites avec toute la substance de l'ovaire; 2° les autres avec la substance corticale; 3° les dernières avec une matière précipitée aux dépens du contenu des follicules. Jusqu'ici on n'a expérimenté qu'avec les produits 1 et 3. Des cas d'extirpation partielle ou totale des annexes, des aménorrhées avec atrophie des organes génitaux, enfin un cas d'utérus rudimentaire avec hypoplasie des ovaires, furent traités avec l'ovarine. La dose est de 4 à 6 tablettes de 0.50 par jour. Parmi les 11 cas publiés, dans 8, il y a amélioration ou disparition des douleurs (palpitations, sentiment de chaleur, douleurs de tête). On ne peut prononcer de jugement définitif sur cette thérapeutique, mais on peut espérer en tirer quelque profit.

M. Mainzer, dans la *Deutsche med. Wochenschrift* du 19 mars 1896, relate le cas d'une malade, âgée de 23 ans qui, après une ovariotomie, présente les troubles suivants; palpitations, troubles du sommeil, de l'appétit, de la menstruation; on lui donne de la substance ovarienne de vache et de brebis, finement hachée, deux fois par jour, en augmentant la dose de 5 grammes jusqu'à 20 grammes. Dès le troisième jour, l'état s'améliorait. A l'insu de la malade, on substitue à la substance ovarienne de la viande hachée : les troubles reparaissent et l'état ne s'améliore que lorsqu'on reprend la première médication. Après l'ingestion de 277 grammes de substance ovarienne, la malade se trouvait dans un état assez satisfaisant pour qu'on put lui permettre de partir.

AUTRICHE

Du traitement des hémoptysies.

M. le Dr **S.-L. Skreinka** (de Roznou-Meran) traite les hémoptysies de façon différente selon les conditions où elles se présentent. Il y a une première variété d'hémoptysies qui apparaissent chez les tuberculeux, à la première étape de leur lésion bacillaire, et qui sont dues aux efforts de toux. Ce sont ces malades chez lesquels on note une expectoration bronchique tellement visqueuse qu'elle ne sort qu'avec difficulté. Dans ces conditions, les malades ont une toux pénible, quinteuse, qui fait rompre les vaisseaux capillaires des petites bronches et provoque les hémoptysies. Dans cette première variété d'hémoptysies, M. Skreinka se contente de calmer la toux avec de la codéine et, ensuite, il favorise la liquéfaction des produits sécrétés par les bronches avec de l'ipéca, du bicarbonate de soude, du chlorhydrate d'ammoniaque.

Le traitement diffère dans les hémoptysies initiales de l'infiltration tuberculeuse. Ici, la pneumorrhagie est abondante, et M. Skreinka commence par condamner les malades au repos absolu dans le décubitus dorsal. Il applique de la glace sur la fosse sus-claviculaire du côté atteint. Il donne comme médicament de la morphine d'heure en heure, à la dose de 0 gr. 005. Il veille à ce que le malade ait des selles liquides et abondantes. Il proscrit donc tout d'abord l'ergotine. Celle-ci, en effet, a pour effet de provoquer, injectée à forte dose, l'excitation du cœur et d'augmenter la tension artérielle, ce qui entrave l'effet salutaire de la vaso-constriction qu'il produit. M. Skreinka réserve donc l'emploi de l'ergotine à forte dose lorsqu'une nouvelle hémoptysie est imminente; et il continue ensuite l'usage de la morphine. Les résultats ainsi obtenus sont généralement favorables.

M. Skreinka suit les mêmes principes thérapeutiques pour le traitement des hémoptysies tardives de la tuberculose qui, au lieu d'être uniques et abondantes comme les hémoptysies initiales, ont pour caractère d'être peu abondantes, mais de se répéter souvent.

Les hémoptysies de la forme fibreuse de la tuberculose sont habituellement peu abondantes, s'accompagnent de l'expectoration de crachats vitreux caractéristiques, et ne cèdent pas aux agents thérapeutiques.

Dans les cas de cavernes, les hémoptysies varient selon trois conditions : ou bien il s'agit d'une caverne petite localisée au sommet, imperceptible; le malade rend alors de petits caillots noirâtres, sans efforts. Il suffit ici de mettre de la glace sur la fosse sus-claviculaire.

Ou bien, les cavernes existent, sont perceptibles et étendues, donnent des hémorrhagies causées par la rétention des produits de sécrétion dans la caverne ou dans une bronche dilatée. Ici le sang expectoré est mélangé à des crachats purulents. Il faut alors assurer l'évacuation de la caverne et donner de la codéine et de l'acétate de plomb.

Ou bien, enfin, il s'agit d'une infiltration et d'un ramollissement étendu du poumon. Ici les hémoptysies peuvent être foudroyantes. Il faut les traiter avec énergie, en donnant de la morphine à forte dose. M. Skreinka fait prendre cet alcaloïde à raison de 0 gr. 02 d'heure en heure, puis toutes les deux heures.

Il applique aussi une vessie de glace sur le côté atteint, avec des révulsifs de toutes sortes. Il immobilise la moitié du thorax avec du diachylon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août.

Sur un cas de spina bifida.

M. Berger. — M. Kirmisson nous a présenté l'observation d'un enfant atteint de spina bifida de la région lombaire. Ce spina bifida était pédiculé, non réductible. M. Kirmisson a enlevé la tumeur dont les enveloppes, malgré leur apparence myxomateuse, étaient constituées seulement par du tissu conjonctif avec lamelles infiltrées de sérosité.

M. Kuss, qui a pratiqué l'examen histologique de la tumeur, a vu que la section avait emporté un segment de tissu médullaire où il était facile de reconnaître la pie-mère recouvrant de la substance blanche appartenant aux cordons postérieurs. Et, de fait, l'enfant n'a pas présenté de paralysie après l'opération. Mais il y avait, adhérente à la calotte enlevée, une racine rachidienne postérieure munie de son ganglion. On voyait, au centre du tissu médullaire excisé, un prolongement du canal de l'épendyme continué avec le kyste contenu dans la tumeur. Le kyste lui-même était tapissé par un épithélium cylindrique analogue à celui qui tapisse normalement le canal de l'épendyme.

Je rangerai ce cas parmi les myélocystocèles et non parmi les myélocèles. Selon moi, il s'agit ici d'une hernie du canal central de la moelle qui s'est énucléée au travers des cordons postérieurs de la moelle et s'est finalement séparée du canal central en oblitérant son pédicule. Toutefois, je ferai remarquer que cet exemple diffère des myélocystocèles décrits par Recklinghausen et Hildebrand.

Le malade, en effet, ne présentait point de fente latérale intéressant les corps vertébraux, il n'y avait point de déformation grave du rachis ni d'exstrophie de la vessie.

En somme, voilà un fait qui montre la possibilité d'extirper les spina bifida et d'enlever un segment des cordons postérieurs sans occasionner de troubles paraplégiques. Il montre, aussi, la difficulté qu'il y a, au point de vue clinique, dans le diagnostic des diverses variétés de spina bifida. Mais je n'ai pas confiance dans les résultats ultérieurs de ces opérations. Les opérés deviennent hydrocéphales ou bien meurent par défaut de résistance vitale.

Sur la toxicité du genièvre.

M. Brouardel lit, sur ce sujet, un travail de MM. Delval et Surmont (de Lille) dans lequel ces auteurs montrent que le genièvre est une boisson relativement peu toxique. Sa toxicité

tient essentiellement à la quantité d'alcool éthylique qu'il renferme. Les accidents déterminés par cette liqueur doivent être attribués à la quantité de liqueur absorbée et non aux impuretés qu'elle contient.

Hyperleucocytose post-phlébotomique et hyperleucocytose post-révulsive.

M. Maurel (de Toulouse) montre que, d'après les expériences qu'il a faites sur le lapin, la saignée et les différents modes de révulsion locale activent la leucocytose et peuvent avoir leur utilité dans un grand nombre d'affections microbiennes.

Un cas de peste guéri par l'emploi du « sérum antipesteux ».

M. Monod, au nom de M. Yersin, relate le cas d'un jeune Chinois chez lequel les injections du *sérum antipesteux* ont fait disparaître les symptômes caractéristiques de la peste (bubon de l'aine, fièvre et lassitude).

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Tenu à Nancy, du 1er au 5 août 1896.

De l'internement des aliénés.

Dans son rapport sur cette question, **M. Garnier**, après avoir rappelé que l'isolement était le meilleur traitement à appliquer à la folie, a discuté les circonstances dans lesquelles cette mesure présentait des indications moins pressantes.

La folie se présente sous deux formes communes : l'*excitation maniaque* et la *mélancolie*. La nécessité de l'internement bâtif s'impose surtout pour la première, et cela d'autant plus que le maniaque ne demeure généralement pas dans des conditions d'excitation moyenne. Quant au mélancolique, son internement s'impose aussi lorsque son état se complique de troubles hallucinatoires et prend la forme anxieuse, avec des tendances au suicide.

Tel est également le cas des *paralytiques généraux* qui, au début de leur maladie, présentent fréquemment des troubles d'excitation maniaque difficiles à soigner et à surveiller en dehors des asiles. Cependant, il faut remarquer que, plus tard, le paralytique général peut ne pas présenter de délire et que son état de démence peut être assez facilement surveillé en dehors des asiles.

Les malades atteints d'*affaiblissement psychique*, par suite de lésions cérébrales circonscrites, et les *déments séniles* n'ont pas besoin de l'internement. Il n'en est pas de même des gens atteints du *délire de la persécution* dont l'isolement s'impose le plus tôt possible. Ce sont, en effet, des malades dangereux, avant tout, au point de vue de la sécurité publique.

Il faut soigner et surveiller avec la même attention les malades atteints d'*obsessions*. Ce sont des dégénérés qui viennent parfois d'eux-mêmes réclamer leur internement. C'est évidemment leur être utile et être utile à leur entourage que de les interner. Toutefois, le médecin ne devra pas accepter leur internement avant d'avoir très sérieusement examiné leur état mental. Il y a, en effet, des malades qui sont poussés par le besoin d'être internés. Il faut savoir les discerner et les traiter en conséquence.

On ne saurait, d'une manière générale, interner les *épileptiques*. Ils ne sont pas dangereux, mais ils peuvent le devenir lorsque les attaques épileptiques sont subintrantes et s'accompagnent d'un véritable délire épileptique qui fait de ces malades des gens redoutables à l'égal des maniaqnes et des obsédés.

Il faut quelquefois adopter la même ligne de conduite vis-à-vis des *hystériques* présentant, dans certains cas, des perversions morales profondes et des tronbles intellectuels qui tiennnent du délire. En dehors de ces cas spéciaux, le médecin doit s'en tenir à conseiller l'entrée des hystériques dans les établissements d'hydrothérapie.

Enfin, M. Garnier a insisté particulièrement sur l'internement des *alcooliques*. S'appuyant sur la loi de 1838 qui autorise l'internement temporaire des alcooliques pris d'un accès de délire, mais qui n'autorise pas qu'on les garde au delà de cet accès, M. Garnier a montré comment, dans l'état actuel des choses, il était impossible d'agir efficacement contre les alcooliques. En effet, ces malades sont rendus à leurs funestes habitudes aussitôt leur crise de délire terminée. Au point de vue thérapeutique comme au point de vue de la défense sociale, tous les efforts que la loi, actuellement en vigueur, permet de faire, doivent rester absolument illusoires. Il conviendrait donc que le pouvoir judiciaire, autorisé par une loi nouvelle, donnât aux médecins les moyens de conserver les alcooliques dans les asiles aussi longtemps qu'ils le jugeront nécessaire.

En terminant, M. Garnier a abordé l'intéressante question du *criminel instinctif*. « *être dévié, déséquilibré* » pour lequel la justice hésite à appliquer la loi, parce qu'il est incapable d'apprécier les conséquences morales d'une pénalité, et dont la séquestration, d'autre part, dans un asile d'aliénés, est souvent un véritable danger. Il existe donc toute une série d'intermédiaires dans l'ensemble de ces êtres pervers, dont le placement ne devrait être fait ni dans un asile ni dans une prison. Mais ce sont des malades qu'il faudrait placer dans les asiles dits *asiles de sûreté*, dont la caractéristique consisterait dans ce fait que les malades ne pourraient y entrer ou en sortir qu'avec l'autorisation judiciaire.

M. Bourneville a insisté, pour sa part, sur les difficultés administratives que présentait en général l'internement des aliénés. Si l'entrée des asiles était aussi abordable que l'entrée dans les hôpitaux ordinaires, les placements volontaires, déjà nombreux à Paris, le deviendraient encore davantage.

Tel est aussi l'avis de **M. Giraud** (de Rouen) qui ajoute qu'au lieu de demander deux certificats, selon le nouveau projet de loi, pour l'admission d'un malade dans un asile, il vaudrait mieux exiger du médecin qui rédige le certificat, une connaissance approfondie des maladies mentales.

Enfin **M. Rouby** (de Lyon) a demandé qu'on ne substituât pas à l'entrée des asiles par voie administrative l'entrée par voie judiciaire avant d'avoir considéré les effets défectueux obtenus par cette mesure qui a déjà été appliquée en Angleterre, et il a souscrit ensuite à l'opinion émise par M. Garnier, au sujet du maintien des alcooliques pendant au moins une année dans les asiles.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Nancy, du 6 au 10 août 1896.

Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies.

M. Roger (de Paris) a lu un long rapport sur cette question toute nouvelle et si intéressante.

Après avoir fait l'historique de la sérothérapie et montré que ses premières et vraiment fructueuses applications datent des travaux de Bebring, Roux, Martin et Cbaillou sur la diphtérie, il a rapidement rappelé les méthodes actuellement employées pour arriver à la vaccination de l'animal et obtenir le sérum immunisant. Puis, M. Roger a passé en revue les maladies dans lesquelles la sérothérapie a été jusqu'ici utilisée.

Ces maladies peuvent être classées dans les quatre groupes principaux suivants :

a) Maladies microbiennes dont l'agent pathogène est connu (charbon, choléra, colibacillose, diphtérie, lèpre, morve, pneu-

mococcie, protéobacillose, pyocyanobacillose, staphylococcie streptococcie, tétanos, tuberculose, fièvre typhoïde, typhus récurrent);

b) Maladies infectieuses dont l'agent pathogène est inconnu (cancer et néoplasmes, rage, rhumatismes, rougeole, scarlatine, syphilis, typhus, vaccine et variole);

c) Maladies spéciales aux animaux (charbon symptomatique, hog-choléra, septicémie aviaire, clavelée, maladie des chiens);

d) Intoxications (toxalbumines, alcaloïdes végétaux, peptones, venins, alcool, matières organiques).

Parmi ces maladies déjà nombreuses, dans lesquelles des essais sérothérapiques ont été tentés, il en est certaines (malheureusement, c'est encore le petit nombre), où les résultats pratiques obtenus sont merveilleux et font, dès maintenant, présumer que le succès de cette nouvelle méthode ne peut que s'accroître.

Dans le *charbon*, la sérothérapie n'est pas sortie, jusqu'ici, du domaine expérimental.

Dans le *choléra*, on ne saurait être encore très affirmatif sur les résultats de la sérothérapie. Romson, élève de Behring, a seulement établi que le choléra était plutôt une intoxication qu'une infection, analogue, en cela, à la diphtérie et au tétanos. Depuis que cette notion est connue, Metchnikoff et Roux ont obtenu des sérums antitoxiques qui ont donné de bons résultats dans le choléra expérimental. Chez l'homme, pendant la récente épidémie de Hambourg, Freymuth a tenté chez trois malades des injections de sérum provenant de convalescents. Mais ce sont là des faits trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

La sérothérapie dans la *colibacillose* a donné des résultats encourageants entre les mains de Salvati. Albarran et Mosny, notamment, dans les infections urinaires. Cette question de la colibacilllose a conduit les expérimentateurs à considérer le sérum anticolibacillaire comme le spécifique de la dothiénentérie. Mais, malgré quelques résultats heureux, la vérité sur ce point n'est pas encore faite.

Dans la *pneumococcie*, les sérums d'animaux vaccinés contre le pneumocoque ont donné chez l'homme d'excellents résultats. MM. Charrin et Roger ont montré que le sérum humain pouvait être aussi thérapeutique dans la pneumonie et ses différentes complications. Il existe, dans ce sens, un fait observé par Righi qui est très encourageant. Il s'agit d'un malade atteint de méningite à pneumocoques guérie, le huitième jour, par une injection de 1 centimètre cube de sérum provenant d'un convalescent de méningite pneumococcique.

M. Roger s'est étendu plus longuement sur les résultats jusqu'ici obtenus par la sérothérapie dans la *streptococcie*. Des différentes maladies engendrées par le streptocoque, l'une, *l'érysipèle*, a été traitée avec des résultats variables par les sérums. Il semble que les résultats favorables signalés par Chantemesse ne diffèrent pas des résultats obtenus par Juhel-Rénoy avec les procédés les plus simples. Selon M. Roger, il faudrait réserver le sérum pour les cas d'érysipèle grave, à rechutes ou à formes prolongées, et pour l'érysipèle des nouveau-nés. Enfin, peut-être obtiendrait-on, toutefois, des résultats plus réguliers si l'on suivait le procédé de Denys qui consiste à injecter le sérum antistreptococcique autour de la plaque érysipélateuse.

Dans une autre modalité de la streptococcie, la *fièvre puerpérale*, les effets de la sérothérapie n'ont pas été moins variables. De ses propres expériences sur ce sujet, M. Roger conclut qu'il considère le sérum comme un adjuvant utile, mais qu'il sera nécessaire de combiner avec les autres modes de traitement de la puerpéralité. Encore ne fauda-t-il pas s'attendre à guérir toutes les malades, car on sait que la puerpéralité relève de plusieurs agents microbiens adjoints au streptocoque (staphylocoque, pneumocoque, colibacille, etc.). Il faut donc agir, à la fois, contre tous ces microbes et comme, d'autre part, le sérum antistreptococcique n'agit pas contre tous les streptocoques, la question n'en devient que plus difficile et plus complexe.

Dans la *tuberculose*, la sérothérapie, depuis l'emploi du sérum de Maragliano dont l'action est à la fois antitoxique et bactéricide, a donné des résultats favorables dans 91 0/0 des cas. Ce sérum réussit surtout dans les formes apyrétiques. Le traitement consiste à injecter 1 centimètre cube tous les deux jours; dans les cas fébriles on arrive à 5 et 10 centimètres cubes et, si la fièvre disparait, on revient à la dose de 1 centimètre cube; on suspend ce traitement en cas d'hémoptysie. Il faut reconnaître que le sérum de Maragliano n'est pas dangereux et est parfois efficace.

On n'a pas encore obtenu de résultats positifs, chez l'homme, dans la *sérothérapie antityphique*. Chantemesse dit cependant avoir obtenu trois fois un amendement rapide.

Dans les maladies infectieuses où l'agent pathogène est inconnu (*rage, coqueluche, fièvres éruptives, rhumatisme, syphilis, cancer*), il y a eu, jusqu'ici, des résultats intéressants, mais rien de concluant. Il en est de même pour les maladies spéciales aux animaux et pour les intoxications.

M. Roger conclut de cette revision des essais sérothérapiques dans les différentes maladies que les effets des sérums semblent être, d'une manière générale, plus marqués que les effets thérapeutiques. De plus, ces sérums agissent plus vite que la vaccination par les microbes atténués ou par les produits solubles, mais ils ont l'infériorité de ne donner qu'une immunité passagère. Quant aux injections prophylactiques de sérum que l'on a proposées, contre le streptocoque, le bacille de Nicolaiev ou le bacille de Lœffler, leur efficacité a paru jusqu'ici douteuse et comme ce sont elles qui prédisposent le plus aux accidents et aux complications de la sérothérapie, on ne tend pas à généraliser leur emploi.

Les accidents et les complications imputables à la sérothérapie sont, en effet, très nombreux. Les abcès sont plutôt le fait de l'insuffisance de soins aseptiques au cours des injections. M. Variot a cependant montré que le sérum antistreptococcique provenant d'animaux injectés avec des cultures vivantes pouvait en déterminer.

Les exanthèmes, les arthropathies, la fièvre, l'albuminurie, la néphrite, la diminution de la leucocytose, les troubles digestifs et les troubles cardiaques qui peuvent se montrer sembleraient devoir être mis sur le compte du sérum lui-même, plutôt que de l'antitoxine. On voit, en effet, ces accidents se montrer après l'injection de sérums normaux.

En terminant son rapport, M. Roger a résumé les explications que l'on donne de l'action des sérums thérapeutiques. Deux théories principales sont en présence : l'une tâche de concilier les résultats de la sérothérapie avec la doctrine purement phagocytaire, l'autre cherche une explication purement humorale. Pour les premiers, les sérums thérapeutiques agissent en stimulant l'activité des cellules migratrices. Il vaudrait mieux penser que les sérums apportent à l'organisme des substances protectrices qui s'ajoutent aux sécrétions que l'organisme réagissant oppose, dès le début, au microbe. A ce point de vue, donc, la sérothérapie ne serait qu'une variété de la méthode antiseptique ou antidotique. Il ne faut pas oublier, en effet, que les sérums ont une action personnelle sur l'organisme. Il a même été démontré récemment (Charrin) que certaines solutions salines peuvent modifier très heureusement la marche des diverses maladies, infectieuses ou non.

Donc, en tenant compte, d'une part, de ce fait que les effets vraiment positifs de la sérothérapie n'ont été jusqu'ici reconnus applicables que dans la diphtérie, en tenant compte, d'autre part, de ce fait que les résultats du laboratoire, où l'on opère sur des animaux sains, ne sauraient être comparés aux résultats de la pratique médicale, où l'on a affaire à des organismes déjà affaiblis par la maladie, M. Roger conclut que les sérums réussissent

mieux au laboratoire qu'à la clinique et que les anciennes méthodes thérapeutiques ne doivent pas être abandonnées. Il faut applaudir aux efforts de ceux qui poursuivent avec ardeur la recherche des sérums spécifiques, mais il faut s'élever contre l'application exclusive, dans la clinique, des procédés de laboratoire!

M. Haushalter (de Nancy), *corapporteur*, a traité de la sérothérapie dans la *diphtérie* et le *tétanos*.

Au sujet de la *diphtérie*, il montre que, d'après les dernières statistiques, le sérum a abaissé de beaucoup la mortalité par le bacille de Lœffler, la fréquence du croup et les interventions opératoires en pareil cas. Il insiste sur les indications sérothérapiques de la diphtérie et montre enfin que, momentanément du moins, on n'est pas en droit d'attendre du sérum antidiphtérique des effets prophylactiques certains. Tout au plus pourrait-on tenter la sérothérapie préventive dans une épidémie meurtrière de diphtérie.

Au sujet du *tétanos*, l'orateur montre que, de la lecture de toutes les observations de sérothérapie antitétanique, il résulte ce fait que le sérum ne paraît pas avoir influencé la marche ou l'issue des formes graves ou rapides du tétanos et que, dans les cas où la terminaison a été heureuse, la guérison semble avoir eu lieu indépendamment de l'action du sérum. La sérothérapie antitétanique ne saurait donc être autre chose, dans ces cas de tétanos confirmé, que l'auxiliaire du traitement chirurgical, du traitement antiseptique et du traitement antispasmodique, ainsi que de la diurèse. Mais, ainsi que l'ont établi Nocard, Vaillard, Roux, le sérum est expérimentalement un agent préventif certain. Ces notions pourraient s'appliquer à l'homme ; M. Bazy a, en effet, rapporté à la Société de chirurgie (Voir *Gazette Médicale* du 29 février 1896) les observations de vingt-trois blessés entrés dans son service de Bicêtre (pays tétanigène par excellence) chez lesquels il avait été fait une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. M. Bazy n'a eu aucun cas de tétanos sur ces vingt-trois malades alors que, l'année précédente, il en avait eu quatre.

Conclusion : dans les pays tétanigènes (Islande, Danemark) et dans la chirurgie de guerre, la sérothérapie antitétanique peut devenir une ressource précieuse au point de vue de la prophylaxie.

Après les deux rapports de MM. Roger et Haushalter, la discussion sur l'action des sérums a commencé. **MM. Albarran** et **Mosny** (de Paris) ont communiqué au Congrès les résultats qu'ils ont obtenus dans la sérothérapie de l'*infection urinaire*. **M. Sabrazès** (de Bordeaux) a signalé, au nom de M. Roudot, les effets du sérum antistreptococcique dans quelques cas d'*érysipèle*, de *suppurations post-érysipélateuses* et de *péritonite aiguë*. Enfin, **M. Vidal** (de Paris) a fait, sur le *séro-diagnostic de la fièvre typhoïde*, une communication dont on retrouvera les principaux éléments dans les comptes rendus de la Société médicale des Hôpitaux. (Voir *Gazette Médicale*, 1896, p. 315, 365.)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'enseignement de la matière médicale qui ressortissait à la chaire de thérapeutique est attribué à la chaire de pharmacologie.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Bordeaux.

Voici la liste des thèses soutenues pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1895-1896 :

M. Vergely : De l'hématome néoplasique de la plèvre.

M. Campuzan : Quelques considérations sur l'asthme et en particulier sur l'asthme infantile et son traitement.

M. Nicolas : Le fond de l'œil normal chez le cheval et les principales espèces domestiques.

M. Foucaud : De l'allaitement.

M. Faguet : Recherches sur la diphtérie aviaire et ses rapports avec la diphtérie de l'homme.

M. Mounon : Recherches sur le fonctionnement du foie dans la grippe-influenza.

M. Fieux : Du passage de la tête fœtale dans les bassins aplatis et dans les bassins à type infantile (recherches expérimentales et cliniques).

M. Oudart : Des indications de la trachéotomie dans le cancer du larynx.

M. Leflocb : Quelques remarques sur l'éclampsie puerpérale.

M. Seguin : Des indications de l'ouverture de l'apopbyse mastoïde dans les otites moyennes suppurées aiguës.

M. Abaut : Contribution à l'étude de la résection dans l'ankylose angulaire du genou.

M. Sourisse : Du permanganate de potasse dans l'ophtalmie purulente de l'adulte et du nouveau-né.

M. Durand : Essai de statistique obstétricale comparée.

M. Delhrel : Contribution à l'étude de l'urticaire des voies respiratoires.

M. Laroche : De la tuberculose primitive du rein (étude expérimentale et clinique).

M. de Perry : Les somnambules extra-lucides; leur influence au point de vue des maladies nerveuses et mentales; aperçu médico-légal.

M. Texier : Contribution à l'étude de l'étiologie de l'hystérie.

M. Hellian : De la verrue plantaire.

M. Goubault : De la névrose cérébro-cardiaque.

M. Kéranguyader : Contribution à l'étude et au traitement du spina ventosa.

M. Kolarovitch : Les complications oculaires dans les affections du sinus maxillaire.

M. Bernuchon : Contribution à l'étude des hémorrhagies des muqueuses dans la neurasthénie.

M. Rousseau : Nature des psychoses choréiques.

M. de Batz : Les complications cardiaques de la grippe et la grippe cardiaque.

M. Veyrier : De la part qui revient aux courants faradiques dans le traitement des fibrômes de l'utérus.

M. Hirigoyen : Valeur comparée de la trachéotomie et de l'intercrico-thyrotomie.

M. Salles : De la prothèse testiculaire après la castration.

M. Quéré : Etude critique sur l'anesthésie dentaire.

M. Borde : Nécessité d'une réforme sanitaire dans la ville de Lourdes.

M. Lapalle : Des plaies du diaphragme par la voie thoracique.

M. Bordenave-Péborde : De la résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transmétacarpienne; méthode de Studsgaard.

M. Le Nadan : Contribution à l'étude des gommes tuberculeuses de la langue.

M. Murat : Contribution à l'étude des manifestations extragénitales de la blennorrhagie ; la gonococcie.

M. Demazière : Contribution à l'étude des trichophyties humaines.

M. Lafontaine : De la chute spontanée des dents dans le tabes.

M. Robeff : Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau.

M. Avrilleaud : Des pseudo-tuberculoses d'origine grippale.

M. Aumont : Etude critique sur la pathogénie des phlébites infectieuses.

1re classe, de 35 0/0 en 2e classe, de 30 0/0 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet (Sainte-Marguerite), Escoublac-la-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concorneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Châteaulin (Pentrey, Crozom, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Par exception, la durée de validité des billets de 1re et 2e classe, délivrés à Paris pour Saint-Nazaire, peut être prolongée deux fois de 30 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 ; en outre. il n'est pas délivré de demi-billets pour les enfants ; toutefois, deux enfants de 3 à 7 ans, n'occupant qu'une seule place, peuvent voyager avec un seul billet de bains de mer de 1re ou de 2e classe.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus. a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Ste-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour, pendant 48 beures, soit à Nantes, soit en deçà.

Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 et 29.

Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (gare d'Orléans) le premier à 8 h. 24 matin et le second à 11 h. 18 matin, prennent des voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express n° 29, partant de Paris (gare d'Orléans) à 9 b. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs desdits billets de bains de mer.

Délivrance des billets à la gare du Cbemin de fer d'Orléans, quai d'Austerlitz, au bureau, 8, rue de Londres, ainsi qu'à tous les autres bureaux succursales de la Compagnie d'Orléans.

NOTES POUR L'INTERNAT

VOMIQUES

Définition.

Expectoration abondante d'un liquide ordinairement purulent. Exceptionnellement elle peut être constituée par un liquide séreux (ouverture d'un kyste bydatique non suppuré dans les bronches).

La vomique présente des caractères de deux ordres :

1° Les uns communs à toute vomique ;

2° Les autres en rapport avec l'affection causale.

I. Caractères communs.

Dyspnée apparue ou accrue subitement.

Douleur brusque localisée au siège de la lésion causale.

Efforts de toux et de vomissements incoercibles qui accompagnent l'expectoration du liquide purulent.

II. Caractères en rapport avec l'affection causale.

A. Par la date à laquelle la vomique apparaît dans l'évolution de la maladie causale :

20e jour de l'affection : origine pulmonaire.

30e jour de l'affection : origine pleurale.

Date variable : origine extra-pulmonaire ou extra-pleurale.

B. Par la quantité.

Origine pulmonaire :

Vomique si peu abondante qu'on ne la constate souvent qu'en la recherchant dans le crachoir.

Origine pleurale (pleurésie partielle surtout) :

Une seule expectoration suffit parfois pour remplir le crachoir.

Origine extra-pulmonaire ou extra-pleurale.

Extrêmement variable.

C. Par la qualité.

Variable suivant l'élément causal.

a) D'origine pleurale.

A *pneumocoques* (surtout chez les enfants) : Pus crémeux, bien lié, louable.

A *streptocoques* : Pus mal lié qui, à l'état de repos, se divise en deux couches :

Une superficielle, muqueuse, aérée ;

Une profonde, épaisse, constituée par des leucocytes et des streptocoques.

b) D'origine pulmonaire :

1° Consécutive à l'évacuation d'un *abcès* : liquide brun, roussâtre ;

2° Causée par la désagrégation d'un foyer de *gangrène pulmonaire.*

Liquide couleur lie de vin ou vert d'berbe, extrêmement fétide, qui se sépare par le repos en trois couches :

Une profonde : bouchons de Dittrich ;

Une moyenne : muco-purulente ;

Une superficielle : muqueuse, aérée.

3° Constituée par l'évacuation d'un *kyste hydatique* : liquide séreux ou purulent, renfermant des crocbets d'échinocoques et des parois de vésicules d'bydatides.

Marche.

α D'origine pulmonaire.

Evolution pleine d'imprévu : en créant une communication permanente entre les bronches et le parencbyme pulmonaire, la vomique expose les cavernes pulmonaires qui en résultent à l'infection par les germes pathogènes de l'air.

β D'origine pleurale.

A. Pleurésie généralisée.

Vomique peut être prévenue par la thoracentèse ou cesser après cette intervention ou récidiver plusieurs fois.

B. Pleurésie partielle.

La vomique en marque l'apparition ; est parfois le prélude de la disparition de la vomique.

C. Extra-pleurale ou extra-pulmonaire.

Marche irrégulière à cause de l'étroitesse du canal de communication entre le foyer morbide et la bronche et de la progression du pus dans une direction opposée à l'action de la pesanteur.

Pronostic.

α D'origine pulmonaire.

Rarement favorable, sauf dans les cas de kyste bydatique ou de gomme syphilitique où la vomique est souvent suivie de la cicatrisation du foyer.

β D'origine pleurale.

A pneumocoques : fréquente cbez l'enfant, le plus souvent enkystée.

Habituellement suivie de guérison.

A streptocoques : l'infection a des tendances à se propager aux autres séreuses.

A bacilles de Koch : pronostic réservé : en effet, l'infection, souvent latente, se propage facilement aux poumons.

Diagnostic.

α Positif.

Expectoration subite et abondante d'un liquide muco-purulent coexistant avec des quintes de toux et des vomissements est ordinairement assez caractéristique.

β Différentiel.

A. Vomissements ou évacuation d'abcès rétro-pharyngiens.

Dans ce cas, le vomissement ne s'accompagne pas de dyspnée, mais provoque des contractions synergiques du diaphragme.

B. Expectoration qui survient au cours d'affections pseudo-cavitaires.

1° Dilatation des bronches.

Chaque matin, le malade remplit son crachoir d'un liquide muco-purulent d'odeur fétide, doucereuse, qu'on a comparée à celle du plâtre frais.

2° Cavernes pulmonaires.

C'est aussi le matin que le tuberculeux vide ses cavernes.

Le crachoir renferme un liquide séreux au milieu duquel flottent des amas de matière caséeuse arrondis, déchiquetés à la périphérie comme des pièces de monnaie, c'est-à-dire des crachats nummulaires. A la fin de l'affection, les crachats présentent l'aspect d'une purée verdâtre. D'ailleurs l'examen sthétoscopique aidera au diagnostic.

γ Du siège de la lésion qui est le point de départ de la vomique.

A. La lésion est-elle pulmonaire ?

La vomique apparaît vers le vingtième jour de la maladie et est suivie de l'apparition de signes cavitaires.

1° Elle peut être consécutive à l'évacuation d'un *abcès* au cours d'une *pneumonie lobaire chronique* ou d'une *bronchopneumonie*, ou plus rarement à la période d'hépatisation de la *pneumonie aiguë*. Aux symptômes de la pneumonie font place des signes cavitaires.

2° La vomique peut être causée par l'évacuation d'un *infarctus pulmonaire*.

A une dyspnée subite et aux râles sous-crépitants succèdent les signes cavitaires.

3° La vomique peut être constituée par l'élimination d'un foyer de *gangrène pulmonaire*.

Expectoration couleur lie de vin ou vert d'herbe et signes cavitaires.

B. La vomique est-elle en rapport avec une pleurésie enkystée ?

Signes cavitaires sont localisés au niveau des scissures pulmonaires, rarement au niveau des culs-de-sac pleural ou diaphragmatique inférieur.

C. La vomique survient-elle au cours d'une pleurésie générale ?

Rare depuis l'application courante de la thoracentèse.

Signes du pyopneumothorax : zone de matité hydrique à la partie inférieure du poumon, surmontée d'une zone de sonorité tympanique, au niveau de laquelle tout murmure vésiculaire est aboli ou remplacé par un souffle amphorique.

D. La vomique est-elle d'origine extra-pleurale ou extra-pulmonaire ?

1° D'origine thoracique :

Elle est causée le plus souvent par l'évacuation d'*abcès médiastinaux* si fréquents chez l'enfant : dans ce cas l'examen clinique révèle une zone de matité à la surface de laquelle l'auscultation révèle un souffle rude correspondant en arrière à la quatrième vertèbre dorsale, en avant au deuxième espace intercostal.

2° D'origine abdominale.

Signes abdominaux : douleur localisée aux régions hépatique, splénique ou duodénale; tympanisme abdominal; parfois délimitation d'un pyopneumothorax sous-phrénique.

δ Bactériologique.

Examen direct.

1° Coloration par la méthode de Gram.

On colore par le bleu de méthylène (5 à 10 minutes) ou le violet de gentiane.

On soumet la préparation à l'action du liquide de Gram (quelques secondes) jusqu'à ce qu'elle présente la teinture pelure d'oignon roussi. On achève la décoloration par l'alcool acétone. On lave à l'eau distillée. On monte dans le baume.

Les *pneumocoques*, *staphylocoques* et *streptocoques* ne se décolorent pas par le liquide de Gram.

Pneumocoques de Talamon-Frænkel : Ovoïdes, effilés à leurs extrémités, groupés souvent en diplocoques, parfois en courtes chaînettes, entourés d'une capsule.

Staphylocoques : Coccus disposés en amas, en grappes.

Streptocoques pyogènes : Coccus en chaînettes parfois très longues et spiroïdes.

2° Recherche du bacille de Koch.

Coloration par le rouge de Ziehl : 10 minutes.

Décoloration par l'acide azotique au tiers, puis l'alcool (quelques secondes) jusqu'à ce que la lamelle ne présente plus qu'une légère teinte rosée.

Laver à l'eau.

Déshydrater par immersion dans l'alcool absolu.

Colorer le fond de la préparation par une solution aqueuse étendue de bleu de méthylène.

Désbydrater. Monter dans le baume.

Le bacille apparaît sous forme d'un bâtonnet très grêle, inégalement coloré en rouge, tandis que le fond de la préparation est bleu.

Cultures.

Sur gélose.

Pneumocoques (à 30 ou 35°).

Fines colonies transparentes comme des gouttes de rosée.

Staphylocoques : Colonies confluentes, opaques, blanches ou jaunes.

Streptocoques pyogènes : Colonies qui ressemblent à des grains de semoule.

Sur sérum glycériné.

Bacille de Koch : Ne peut être cultivé qu'après inoculation au cobaye qui meurt au bout de trois à quatre semaines et dont on ensemence la pulpe splénique.

Les colonies apparaissent au bout de une à deux semaines sous forme de petits grains blanchâtres, arrondis, qui deviennent saillants, à bords anfractueux.

A la quatrième ou cinquième génération, les colonies sèches, verruqueuses, peuvent se développer par *repiquage* sur n'importe quel milieu glycériné (gélose, bouillon, pomme de terre, etc.).

Inoculations sous-cutanées.

Pneumocoque : Tue la souris blanche en 24 heures ; après ce passage, le microbe n'est plus encapsulé.

Staphylocoque : Abcès au point d'inoculation chez le lapin, par exemple. Il se développe abondamment dans le pus.

Streptocoques pyogènes : Inoculation sous la peau de l'oreille du lapin (érysipèle).

Bacille de Koch : Mort du cobaye en trois semaines ou un mois.

G. M.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

β) Quelles modifications la descente du testicule imprime-t-elle au gubernaculum ? — Le crémaster lisse.

Au milieu des éléments du cordon d'une part, entre la tunique vaginale et la fibreuse d'autre part, sont répandues, très abondamment en certains points, des fibres musculaires lisses. Je crois qu'elles ont été signalées pour la première fois par Rouget en 1855. On peut lire, en effet, dans une courte note imprimée dans les Bulletins de l'Académie des sciences de 1857 (1), les quelques lignes suivantes : « Dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie en 1855, mémoire où se trouvent résumées mes recherches sur les appareils érectiles, j'annonçais l'existence d'un système de muscles non encore décrit et destiné à accomplir chez le mâle l'acte de l'excrétion du sperme ». En 1868, M. Lannelongue (2) a donné des faisceaux de fibres musculaires lisses contenus dans le cordon une description assez détaillée : ces faisceaux, qui sont visibles à l'œil nu, forment une couche assez épaisse vers la partie moyenne de l'épididyme ; de ce point, les uns descendent en s'éparpillant et s'attachent sur la tête de l'épididyme, sur le bord postérieur du testicule, sur la face extérieure de la séreuse ; les autres montent le long du cordon, dans l'intérieur de l'étui fibreux qui le contient, au-devant des vaisseaux, dans les intervalles celluleux qui séparent leurs branches ; on les trouve de moins en moins nombreux à mesure qu'on s'approche du canal inguinal ; ils disparaissent tout à fait là où le cordon pénètre dans l'abdomen.

C'est à cet ensemble de fibres lisses qu'Henle (1), qui les avait observées avant le professeur Lannelongue, donne le nom de crémaster lisse. Ce crémaster interne, décrit aussi par Kolliker (2) et divisé en deux couches — crémaster moyen et crémaster interne — par Klein (3), a été très bien étudié par Barrois (4).

Le crémaster lisse n'existe pas seulement au niveau du cordon ; ses faisceaux se retrouvent encore dans presque toute l'étendue des bourses, entre la vaginale et la fibreuse ; il pénètre même sous la séreuse dans la cloison qui divise ces bourses. Ce crémaster lisse n'a pas la même épaisseur dans toutes les régions ; en certains points, il se divise d'une façon très évidente en deux couches séparées l'une de l'autre par une mince traînée de tissu cellulaire ; la couche superficielle, formée de faisceaux verticaux, forme le crémaster moyen de Klein et de Barrois ; la couche profonde forme le crémaster interne : cette dernière est composée, elle aussi, de fibres verticales sous lesquelles s'insinuent quelques fibres transversales peu nombreuses et interrompues, si bien que le crémaster interne lui-même peut être décomposé en deux lamelles. Le crémaster moyen est appliqué sous la face profonde de la fibreuse ; le crémaster interne sur la face superficielle de la séreuse : entre eux on ne trouve pas toujours la mince couche celluleuse qui les sépare en quelques points ; alors ils se confondent et forment alors à la vaginale une doublure indivisible.

Par une série de coupes transversales très bien étudiées, Barrois a déterminé la richesse respective en fibres musculaires lisses des différentes régions des bourses.

Au-dessus de la tête de l'épididyme, les fibres lisses sont

(1) Ch. Rouget : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles* (note complémentaire sur les appareils musculaires et érectiles des glandes séminales). In Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, 1857, t. I, p. 902. — J'ai cherché le premier mémoire de Rouget dans les Comptes rendus de l'année 1855. Il n'y est pas inséré. A la page 1229 du volume l'on trouve cette seule indication : « M. Rouget présente pour le concours de médecine et de chirurgie de 1856 : *Des recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles* ».

(2) O. Lannelongue : *Recherches sur l'appareil musculaire annexé au testicule et sur ses fonctions*. In Archives de physiologie normale et pathologique, mai 1868, n° 3, p. 351-355.

(1) J. Henle : *Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen*, Zweiter Band, p. 441. Chez Friedrich, Braunschweig, 1874.

(2) A. Kolliker : *Ueber die glatten Muskelfasern der Geschlechtsorgane. Zeitung für wissenschaftliche Zoologie*, Band I. Cité par Barrois, p. 18.

(3) Klein : *Die äusseren mænnlichen und weiblichen Genitalien*. In Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen und der Thiere, t. I, p. 734, 1871. Cité par Barrois, p. 20.

(4) Th. Ch. Barrois : *Contribution à l'étude des enveloppes du testicule*. Th. in Lille, 1882, n° 34, p. 18 et suivantes.

rares en arrière: en avant et en dehors elles sont peu abondantes encore, mais on y peut cependant reconnaître la trace de leur stratification en deux couches.

Au niveau de la tête de l'épididyme, les fibres musculaires deviennent plus nombreuses autour du canal déférent et des vaisseaux; en avant et en dehors, on reconnaît les deux crémasters lisses, très minces, réduits à quelques faisceaux.

Au niveau de la partie moyenne dn testicule et de l'épididyme, les fibres sont devenues très abondantes et très tassées dans le tissu cellulaire du cordon; sur la paroi antérieure et sur la paroi externe, les deux crémasters lisses sont très apparents; ils se continuent d'une façon évidente avec les faisceaux qui remplissent les intervalles situés entre les vaisseaux du cordon. Les fibres du crémaster interne apparaissent jusque dans le cul-de-sac que la séreuse forme autour de l'épididyme. Sur la face interne, elles sont beaucoup plus rares, celles du crémaster moyen surtout: à cet endroit, au niveau du cul-de-sac interne, les deux crémasters se confondent.

Au niveau de la partie inférieure du testicule et de l'épididyme, les faisceaux sont beaucoup plus serrés, beaucoup plus riches autour du cordon et de ses vaisseaux; en avant et en dehors, les deux crémasters sont épais.

Enfin, au niveau du ligament crémastérien, c'est-à-dire au point où le testicule adhère aux bourses, on trouve, en arrière, une très riche intrication de fibres musculaires qui se continuent, en avant et en dehors, avec deux lames crémastériennes très développées.

Au résumé, les faisceaux de fibres lisses augmentent dans le cordon dès que celui-ci approche du testicule; elles deviennent de plus en plus abondantes à mesure qu'on les examine plus bas et qu'on se rapproche davantage du ligament crémastérien. Ces fibres péri-vasculaires qui forment aux vaisseaux, là où ils pénètrent dans le testicule, une véritable gangue, « un feutrage » dans les mailles duquel ils cheminent, se continuent avec des fibres qui se répandent tout autour de la vaginale, sont très abondantes en avant et en dehors où on peut les diviser en deux couches, et beaucoup plus rares en dedans où elles n'atteignent pas le cul-de-sac interne... Tous ces faisceaux sont, à n'en pas douter, comme un épanouissement du ligament crémastérien; ils sont évidemment les restes du gubernaculum testis. Chez le cheval, ils sont très volumineux et forment, sous la fibreuse, une couche très épaisse; à l'œil nu, on les étudie facilement; ils sont représentés dans la figure qui montre la disposition de la vaginale chez cet animal.

Telle est la disposition du crémaster lisse; je reviens maintenant à la discussion qui fait l'objet de ce chapitre : Quels rapports peut-il y avoir entre le crémaster lisse et le gubernaculum? Quelles modifications la descente du testicule a-t-elle imprimées à celui-ci? Comment, au résumé, l'un est-il, chez l'adulte, le vestige de l'autre chez le fœtus?

Trois mécanismes, me semble-t-il, peuvent-être invoqués.

Voici le premier :

J'ai dit qu'à la sortie du canal inguinal, le gubernaculum se dissociait en plusieurs faisceaux. On peut supposer ceci : à un moment donné, le faisceau scrotal, continuant d'exercer sa traction sur le testicule et restant toujours tendu, les faisceaux voisins, au contraire, qui descendent moins bas, deviennent, pour ainsi dire, trop longs, se relâchent et flottent sur les flancs de la glande; celle-ci, poursuivant sa marche, obéit au faisceau central qui la sollicite vers le scrotum; puis elle tombe dans les bourses en se drapant des faisceaux périphériques qui se retournent, se renversent et descendent avec le testicule, tête en bas. Je répète ici que sous le nom de faisceaux périphériques du gubernaculum, j'entends parler seulement des faisceaux de fibres lisses qui ne s'attachent pas dans le fond du scrotum; j'ai montré que les trousseaux striés, appelés par les auteurs « faisceaux accessoires du gubernaculum », n'appartiennent point à ce gubernaculum. De ceux-là, il n'est donc plus question.

Voici maintenant le second mécanisme :

Pendant que l'abdomen et le bassin s'allongent, le gubernaculum se raccourcit; mais au lieu de se raccourcir par simple rétraction inodulaire, il rentre en lui-même et s'auto-invagine; ainsi se forment les deux couches dont se compose le crémaster lisse.

Voici, enfin, une troisième interprétation :

D'après G. Weil, — j'ignore la langue allemande et j'ai dû faire traduire, sans vérification possible, le mémoire de l'auteur — il se forme, au sein du gubernaculum, composé de tissu muqueux, de véritables petites cavités produites par la désagrégation et la fonte des éléments anatomiques ; c'est dans l'intérieur de ces cavités préformées, en totalité ou en partie remplies par des extravasats sanguins et des détritus cellulaires, au milieu de ce tissu ramolli, en plein tunnel intragubernaculaire, que le testicule chemine, poussé par la pression des intestins. S'il en est ainsi, l'on peut admettre que les fibres périphériques du gubernaculum, résistant à la destruction, forment plus tard, sans retournement ni invagination, le sphincter lisse des bourses.

En fait, je ne sais ce qu'il y a de vrai dans tout cela; mais Barrois me paraît avoir fait une constatation de haute portée qui compromet singulièrement la valeur de toutes les hypothèses précédentes.

« Chez le nouveau-né, écrit-il, on ne trouve guère (entre la tunique vaginale et la tunique fibreuse) de fibres lisses qu'à la partie inférieure du testicule, au point d'attache primitif du gubernaculum; avec l'âge, ces faisceaux musculaires deviennent de plus en plus abondants. Chez l'adulte, ainsi que nous avons pu le voir, ils ont envahi la presque totalité de la séreuse et de la fibreuse, quoique existant toujours en plus grande quantité que partout ailleurs à la partie inférieure du testicule ».

Si cela est vrai, et les recherches de Barrois paraissent très consciencieuses et très bien conduites, la migration testiculaire et l'origine du crémaster lisse deviennent beaucoup plus faciles à expliquer. Le gubernaculum se rétracte, se raccourcit et attire le testicule au fond du scrotum; chez l'enfant, il ne reste de ce gubernaculum qui disparaît, en quelque sorte, au fur et à mesure de la transformation inodulaire qu'il subit, il ne reste, dis-je, que le ligament sur lequel, au pôle inférieur du testicule, le feuillet viscéral de la tunique vaginale se réfléchit de la glande vers les enveloppes pour former le feuillet pariétal.

Plus tard, quand l'enfant devient pubère, des fibres musculaires naissent autour de ce ligament testiculo-pariétal et rayonnent de lui dans l'épaisseur des bourses, entre la vaginale et la fibreuse. Ces fibres, qui forment, en quelques points, une couche assez épaisse pour qu'on puisse la diviser en deux lamelles, lamelle crémastérienne interne et lamelle crémastérienne moyenne (j'ai déjà dit que le crémaster externe était strié et descendait des muscles larges de l'abdomen); ces fibres, dis-je, ne seraient donc point les vestiges du gubernaculum testis, dévoré par le processus qui assure son raccourcissement: ce seraient simplement des cellules de néoformation, liées peut-être, comme le croit le Pr Lannelongue (1) et comme le pense aussi Barrois, « au fonctionnement des organes génitaux et à l'excrétion du sperme ». Par certains côtés, on pourrait comparer cette génèse d'éléments musculaires survenant au début de la vie génitale à celle qui, dans l'utérus de la femme, précède la puberté et accompagne la grossesse.

γ) **Quelles modifications la descente du testicule imprime-t-elle au péritoine péri-gubernaculaire et péri-testiculaire? — La tunique vaginale.**

I. Développement de la vaginale.

Les anatomistes n'ont pas encore pu se mettre d'accord sur la formation de la vaginale. Pour les uns, cette formation précède la descente du testicule; pour les autres, elle l'accompagne. Les premiers disent que la vaginale est préformée; les seconds pensent qu'elle est co-formée. Il faut ici s'entendre sur les mots. Quand on parle de préformation de la vaginale, on entend dire, je crois, que le prolongement du péritoine dans les bourses y précède le testicule, mais non point qu'il est indépendant de ce péritoine; ou, sous une autre forme, que la séreuse abdominale peut pénétrer dans la poche scrotale et y aller former la vaginale sans ou avant que s'accomplisse la migration testiculaire, mais on n'entend pas dire, sans doute, que la vaginale se développe d'une *façon indépendante* à la face profonde des parois des bourses, comme la plèvre à la face profonde du thorax ou le péritoine à la face profonde de la sangle abdominale. A mon avis, Roy (2) s'est au moins servi d'une expression malheureuse quand il a écrit que, d'après quelques auteurs, la vaginale « se formait à part dans le scrotum d'origine ectodermique et se développait en même temps que lui et avec lui ». M. G. Félizet (3), dans son récent livre des « Hernies inguinales de l'enfance », semble aussi s'être mépris sur le sens du mot préformation de la vaginale : « Braman, dit-il, a imaginé une petite cavité séreuse qui, formée dans le scrotum, n'attendrait que l'arrivée du testicule pour s'ouvrir devant lui, le recevoir et s'isoler aussitôt après de la cavité péritonéale », si bien « que la vaginale serait formée par une séreuse qui ne doit rien à personne ». Ce n'est pas ainsi, à ce qu'il me semble, qu'il faut comprendre la question. Que la vaginale soit un prolongement, un cul-de-sac extériorisé — qu'on me passe ce néologisme qui rend bien ma pensée — du péritoine, cela ne saurait, je pense, être mis en discussion. Le procès se résume donc à ceci : A quel moment cet infundibulum péritonéal apparaît-il en dehors de l'abdomen? Sa formation précède-t-elle ou non le passage du testicule au travers du détroit inguinal? Disons mieux : Y a-t-il ou n'y a-t-il pas un sac vaginal alors que le testicule est encore dans le ventre?

Les anatomistes vivaient depuis longtemps sur la description d'Hunter et croyaient avec lui, non pas, comme on le dit quelquefois improprement, que « le testicule, par sa migration, repousse le péritoine devant lui », mais bien « que dans son déplacement de haut en bas il entraîne avec lui le revêtement séreux auquel il adhère », lorsque Kolliker — il est, je crois, le premier — se fit le défenseur de la préformation vaginale. On pensait, avant lui, comme dit A. Broca (1), « que le testicule transformant le trajet inguinal virtuel en un canal séreux réel, se frayait à lui-même sa voie et se créait la séreuse »; il vint dire, au contraire : « La gaine vaginale n'est autre chose qu'une invagination du péritoine qui naît d'une façon absolument indépendante déjà au commencement du troisième mois. Peu à peu la gaine devient un canal péritonéal qui traverse la paroi abdominale et va jusque dans le scrotum. Le canal inguinal se forme donc ainsi avant que le testicule ne soit sorti de l'abdomen ».

En 1887, A. Broca (2) plaida, devant la Société d'anatomie, pour la préformation de la vaginale, tout en concédant que la théorie appelait « de nouvelles recherches d'anatomie humaine, d'anatomie comparée et d'embryologie ». Bazy et Tuffier, plus affirmatifs encore, vinrent, dans la même séance, rapporter des faits tendant à confirmer cette assertion de Broca : « Le canal vagino-péritonéal existe, que le testicule descende ou ne descende pas; la hernie qui accompagne une ectopie testiculaire n'est donc pas forcément une hernie ordinaire; elle peut être une hernie congénitale ».

Hertwig (3), dans son beau livre, ne considère même pas qu'il puisse subsister de doute à cet égard : « Au point où le gubernaculum de Hunter traverse la paroi abdominale, il se forme une évagination du péritoine appelée diverticule vaginal du péritoine qui refoule progressivement la paroi abdominale; l'orifice qui fait communiquer la cavité de ce diverticule herniaire avec la cavité abdominale est appelée anneau inguinal interne; la partie rétrécie qui lui fait suite constitue le canal inguinal; enfin, la partie terminale renflée en cul-de-sac est logée dans la saillie formée par la paroi abdominale, c'est-à-dire dans le sac scrotal. Le testicule s'engage aussi dans ce diverticule du péritoine, etc., etc. »

Kolliker et Hertwig ne disent ni quelle a été la nature de leurs recherches, ni à la suite de quels examens ils ont pu affirmer qu'avant la descente du testicule le prolonge-

(1) Lannelongue : *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1868, t. I, p. 554.

(2) Roy : *La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum? Echo médical de Toulouse*, 13 juillet 1889, n° 28, p. 329.

(3) G. Félizet : *Les hernies inguinales de l'enfance*, p. 23. Chez Masson, Paris, 1894.

(1) A. Broca : *Hernie inguinale avec position inconnue du testicule, suppuration du sac déshabité*, *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1887, 5e série, t. I, p. 236.

(2) A. Broca : *Loco citato*, p. 232.

(3) Hertwig : *Traité d'embryologie de l'homme et des vertébrés*. Traduit par Ch. Julien, Paris, Reinwald, 1891, p. 353.

ment du péritoine pénétrait dans les hourses et s'étendait jusqu'au fond du scrotum: à l'appui de leur opinion, ils ne donnent, au reste, aucune figure; dans chacun de leur chapitre, il existe seulement deux dessins schématiques qui ne démontrent rien.

En lisant la discussion qui s'est engagée au sein de la Société anatomique en 1887, au sujet d'une communication de A. Broca, on peut se convaincre que ceux qui défendent la préformation vaginale étayent leur opinion sur deux ordres de faits : des faits d'ordre anatomique et des faits d'ordre clinique.

Que valent d'abord les faits d'ordre anatomique? Tuffier dit, et l'on sait avec quelle rigueur scientifique il observe, Tuffier (1) dit : « J'ai disséqué un fœtus de quatre mois et j'ai vu le faisceau moyen du gubernaculum conduire jusqu'au fond du scrotum une vaginale préformée. » Une affirmation en de pareils termes est évidemment très impressionnante; je me demande, pourtant, si Tuffier a bien vu. J'ai disséqué, moi aussi, des fœtus; plus loin, je dirai les constatations que j'y ai faites; mais dès maintenant, je puis donner l'assurance, que même sur des fœtus plus âgés, la poursuite du guhernaculum est des plus difficiles : cet organe est ténu, friable, très délicat; il se dilacère facilement. Ses rapports avec le péritoine et son passage au travers de la paroi abdominale sont un sujet d'étude aride, où l'erreur est facile. A l'âge de qnatre mois, les fœtus ne portent pas encore d'orifice inguinal superficiel, et leur gubernaculum ne traverse pas le tendon du grand oblique. Tuffier n'a disséqué qu'une seule pièce; s'il ne s'est pas trompé — ce qui est vraisemblable — je puis affirmer qu'il a rencontré un cas tout à fait exceptionnel.

Si exceptionnel, même, que je n'en ai pas trouvé d'autre exemple dans les auteurs. Je n'ai pu découvrir de falt analogue ni dans le travail de Follin (2), ni dans cclui de Godard (3), ni dans celui de Broca (4). Broca dit bien, je sais : « Cloquet a vu le cul-de-sac péritonéal descendre dans les bourses d'un homme dont les testicules étaient tous deux dans l'abdomen »; mais je n'ai pas retrouvé cette observation — peut-être ai-je mal cherché — dans le travail de Cloquet. Dans les chapitres qu'ils consacrent aux troubles de la migration testiculaire, les auteurs des plus récents traités de chirurgie, Monod et Terrillon (5), Reclus (6), ne signalent pas qu'on ait rencontré la vaginale dans le scrotum de sujets ectopiques n'étant, d'autre part, atteints. cela s'entend, ni de hernie inguino-scrotale, ni d'hydrocèle. Monod et Terrillon font même remarquer que si la vaginale, dans les cas d'ectopie testiculaire, descend quelquefois au-dessous de la glande, cela est dû « soit à la présence d'une hernie concomitante, soit à ce que l'épididyme et le canal déférent, abandonnant le testicule, se prolongent plus ou moins bas dans les hourses ». Follin. dans le travail que je viens de signaler, parle seulement d'un sujet dont « le testicule gauche était situé dans la fosse iliaque, à un centimètre au-dessus de l'anneau profond dn canal inguinal et chez lequel un prolongement séreux accompagnait le gubernaculum; ce prolongement était gros comme une plume de corbeau et se terminait en cul-de-sac *au niveau de l'orifice extérieur du canal inguinal* ». Récemment Félizet (1) met en doute qu'on puisse trouver « une loge vaginale bien agencée » si le testicule n'a pas accompli sa descente, et pense que si jamais pareille constatation a été faite, c'est que le testicule « avait remonté dans le ventre après avoir fait un séjour plus ou moins prolongé dans la vaginale ».

(A suivre.)

(1) Tuffier : *Réponse à la communication de Broca. Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1887, 5e série, t. I, p. 245.

(2) E. Follin : *Etude anatomique et pathologique sur les anomalies de position et les atrophies du testicule*. In *Archives générales de médecine*, 1851, p. 265.

(3) E. Godard : *Etude sur la monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme*. In *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, 1856, t. III, p. 334-338.

(4) A. Broca : Article *Hernie inguinale*. In *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 4e série, t. XV, 2e fascicule, p. 784. A Paris, chez Masson.

(5) Ch. Monod et O. Terrillon : *Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, p. 31. Chez Masson, Paris, 1889.

(6) Paul Reclus : *Traité de chirurgie* de Simon Duplay et Paul Reclus, t. VIII, p. 103. Chez Masson, Paris, 1892.

(1) Ch. Félizet : *Loco citato* : p. 23.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Jean-Marie Lancisi (1654-1720).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Intelligence et cœur, Lancisi les alliait l'un à l'autre. Au XVIIe siècle, on ne se montrait pas économe. L'esprit et le sentiment se rencontraient sur un même homme, étaient dépensés sans compter. De même qu'on n'avait pas encore inventé les spécialités dans l'art de guérir et qu'un bon médecin se montrait de force à pratiquer de la bonne chirurgie, les qualités de caractère et de compréhension ne juraient pas de vivre côte à côte. La poitrine ne se sentait pas écrasée sous ce double devoir : aimer ses malades, étudier leur maladie. Pas d'essoufflement à la moindre besogne, à la publication d'une mince brochure; on eût dédaigné l'assistance de la collaboration pour les œuvres de longue haleine. D'autre part, le désintéressement n'était pas restreint aux humbles de la profession, aux médecins de campagne qui roulent nuit et jour dans leur carriole, non rémunérés de leurs peines. La science se mettait à la portée des bourses légères. Lancisi soignait les pauvres.

Les papes en avaient fait leur médecin. Nos contemporains l'auraient nommé médecin de bureau de bienfaisance. Lancisi attendrait longtemps de nos jours avant d'être muni de sa chaire d'anatomie, au collège de la Sapience, à Rome. Il n'existe plus ce collège, et puis un professeur intelligent, comme Lancisi, cela choque dans une Faculté. A supposer qu'hier, il fût devenu médecin de pape, comme il l'est resté pendant trente ans, assurément ses attributions ne lui eussent pas conféré l'ascendant qu'elles lui valaient alors sur ses collègues. D'où la conclusion que Lancisi a fort bien agi de vivre dans la Rome des anciens papes et de ne pas connaître notre Europe actuelle.

On se rappelle ses travaux sur l'anatomie du cerveau, ses coupes du centre ovale; il décrivait, en outre, les fibres musculaires du cœur : le plan externe contourné en spirale autour de la pointe, l'interne composé de fibres circulaires qui se continuent dans l'oreillette et forment l'origine des valvules auxquelles

Lancisi accordait ainsi une structure musculaire. Aussi hien voyait-il du muscle partout, dans le péricarde et jusque dans les ganglions nerveux. Il divisait les monvements du cœnr en trois temps, les deux derniers tiers de la systole des oreillettes correspondant aux deux premiers de celle des ventricules. Dans le cerveau, il attribuait l'étendue de la pensée an volume de la glande pinéale.

Mais Lancisi ne se cantonnait pas dans l'amphithéâtre d'anatomie. Il écrivit un mémoire sur les causes de la mort subite, la rapporta, en majeure partie, aux lésions concomitantes du cerveau on du cœur, s'occupa des épizooties qui ravageaient le bétail, empiéta sur le domaine de l'histoire naturelle, considéra le ver solitaire non comme un animal unique, mais comme une réunion de cucurbitins unis par une pituite visqueuse, publia des relations d'épidémies extrêmement soignées, s'intéressa au paludisme. Médecin légiste, vétérinaire, natnraliste, épidémiologue, voilà hien des occupations pour un professeur d'anatomie. Il y fit face avec un succès non démenti.

Sa figure douce et fine n'est cependant pas d'un chercheur. Relevée par un sourire indulgent, elle a, dans la minceur du masque, une expression de félicité reposée, quelque chose d'ecclésiastique, d'un Léon XIII, moins diaphane et à cheveux houclés.

II

L'épidémie rhumatismale qui sévit à Rome en l'an 1709 semhle avoir été une grippe infectieuse du temps. Débnt par coryza, courbature, fièvre; les malades toussaient, ressentaient des douleurs vives dans la poitrine. L'angine était fréquente.

Des complications de pleurésie, péripneumonie, aggravaient parfois le pronostic; une teinte suhictérique colorait les téguments. La convalescence s'annonçait par des épistaxis, de la diarrhée, des sueurs, des urines copieuses.

Commc traitement, Lancisi se félicitait de la saignée pratiquée avant le quatrième jour; les malades, tenus à la diète et au régime des boissons délayantes et évacuantes, mettaient la pleurésie ou pleuropneumonie survenues aux prises avec toutes sortes de remèdes spécifiques : sang de houc, poudre de défense de sanglier, tête de poisson, excréments de cheval, antimoine diaphorétique. Cette médication détruisait le poison morhide qui résultait d'un mélange des sels volatiles internes avec les sels nitreux absorbés par l'air.

Quant aux vésicatoires. l'auteur ne se dissimule pas leurs inconvénients dans les fièvres; il pense néanmoins qu'ils sont indiqués quand le corps est gorgé de sucs et que l'âcreté des bumeurs se dissipe lentement.

Contre la pleurésie, on pouvait même adjoindre, au régime précédent, l'usage de laxatifs légers : buile d'amandes avec sirop de violettes.

Lancisi ne partageait pas les préventions de quelques-uns de ses contemporains contre le quinquina. Il connaissait fort hien les fièvres des marais pontins et savait à quoi s'en tenir sur le traitement. Celui-ci ne doit pas être institué trop tard, si possible pas au delà du quatrième jour. Que par incurie du malade ou visite tardive du médecin, ce délai soit dépassé, le malade est perdn. Les ferments de la fièvre palustre ont pris possession du cœur et des nerfs : la médication est frappée d'impuissance.

Le médecin se souviendra que le quinquina est de maniement délicat : le tempérament du malade, la marche de la fièvre régleront ses modes d'administration.

Les débilités, les lymphatiques avaleront le remède dans un mélange de vin et d'eau de scorzonère : la quantité de véhicule portée à trois onces sera donnée avec le quinquina matin et soir pendant deux jours consécutifs des paroxysmes. Les jours intercalaires, on le fera seulement prendre à jeun. Quant aux fiévreux à système nerveux mal équilibré, ils délaieront le quinquina dans une infusion de chardon hénit à laquelle on ajoute quelques gouttes d'huile de scorpion de Mathiole. La dose de quinquina ne doit pas excéder deux scrupules à une drachme par prise.

C'est surtout la fièvre palustre pernicieuse avec anxiété précordiale, refroidissement des extrémités, coma, mouvements convulsifs qui se trouve hien de la médication. Pour les cas graves, on modifie celle-ci de façon à la présenter sous forme de hols : deux scrupules d'écorces de quinquina, six gouttes d'huile de scorpion de Mathiole, un scrupule de diascordium, pour un hol. La dose était répétée jusqu'au neuvième jour, deux lois les jours impairs, une fois les jours pairs; on continuait ensnite à raison d'une dose par jour, jusqu'au quatorzième jour. Cette préparation jouissait d'une efficacité triple : elle était fébrifuge, anthelmintique, stomachique. Ses effets touchaient au merveilleux.

A l'époque de Lancisi, les médicaments chimiques n'attiraient plus sur eux les foudres de la faculté; notre médecin prescrivait, nous l'avons dit, l'antimoine diaphorétique dans la péripneumonie; ce qu'il reprochait aux chimistes, c'était moins leurs remèdes que leur vanité. Insupportable la morgue de ces gens-là. Dissocier les éléments du corps, les isoler, les comhiner, est d'un travail certes utile.

Seulement s'énorgueillir de la tâche accomplie au point de se rendre inabordable dénonce un esprit aveuglé de fanatisme. En fin de compte, la chimie n'explique pas tout; il reste encore les lois mécaniques qui président au fonctionnement des organes. De quel droit les envelopper d'un dédain si écrasant? Quand une loi est reconnue vraie, l'originalité ne consiste pas à la renverser, mais d'accorder les expériences avec elle. Ces réserves émises, Sylvius Delehoe est un grand homme et les étudiants seront hien inspirés d'étudier la chimie.

III

Quand la tête travaille, l'estomac se contracte mal, l'intestin plus mal encore. Lancisi n'était pas dyspeptique. La sobriété de régime à laquelle il s'était astreint réduisait à nn minimum de latigue le fonctionnement de son tuhe digestif. Hostile aux manifestations d'une originalité excessive, la tournure pondérée de son esprit ne consommait pas la force nerveuse en excès; il en restait assez, de cette force, pour veiller à l'entretien fonctionnel des organes.

Au surplus, les satislactions d'amour-propre qui éclairaient la carrière de Lancisi choyé au Vatican, étendaient leur influence apaisante sur son équilibre cérébral. Peu manger, penser avec modération, être adapté à sa vie, c'est là triple muraille qui défend l'approche de la dyspepsie. Il est une autre condition plus efficace encore : l'excitation du milieu. Mieux que les babitudes frugales, les idées honnêtes, le contentement moral, agit l'éperon des sensations intenses et renouvelées.

Au XVIe siècle, époque de guerres civiles, de coup d'arquebuse au coin des rues, d'embuscades, d'émotions vibrantes, la constipation n'existait pas.

Elle s'est installée au XVIIe siècle, solennel et administratif. Tous ces gens portaient des perruques énormes; ils marchaient peu; c'était trop lourd. A défaut de coup de fouet moral, la stimulation physique n'activait plus les digestions languissantes. Jamais le lavement n'avait triomphé comme à la cour du grand

roi; la médecine évacuante rayonna dans une gloire d'apothéose.

Aimable et enjoué, Lancisi n'en eut guère besoin, de médecine évacuante. Mais de bien digérer ne le fit pas vivre plus longtemps; car il mourut à soixante-six ans. Stahl, qui digérait très mal, vécut, lui, soixante-quatorze ans.

REVUE D'HYGIÈNE

Par le docteur Ch. Amat, médecin-major.

I. **Les intoxications alimentaires par la viande de veau**, par M. Vallin. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, juin 1895.

II. **Viandes salées et fumées**, par M. Arnould. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, novembre 1895.

III. **Les viandes congelées**, par M. Villain. In *Revue de médecine vétérinaire*, mai 1896.

IV. **Les viandes de boucherie**, par M. Cheron. In *la Tribune médicale*, n°s 6 et 7, 1896.

V. **Note sur la prophylaxie du paludisme**, par M. Maurel. In *la Tribune médicale*, n° 4, 1896.

VI. **La prophylaxie médicamenteuse du paludisme général, l'action préventive et immunisante par les agents de la matière médicale**, par M. Laborde. In *la Tribune médicale*, n°s 7, 10 et 11, 1896.

VII. **Le service des eaux à Paris en 1895**, par M. Vallin. In *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, octobre 1895.

VIII. **De la purification des eaux d'alimentation**, par M. Dupont. In *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, juillet 1895.

IX. **Les bains-douches à bon marché à Bordeaux et à Rouen**, par M. Merry Delabost. In *la Normandie médicale*, n° 10, 1896.

I. — Le nombre des intoxications alimentaires observées parmi les agglomérations civiles ou militaires s'accroît depuis plusieurs années. Il serait important de connaître quelles sont les maladies du bétail, en particulier du veau, qui rendent les viandes ainsi dangereuses pour l'homme, et de savoir si la législation actuellement en vigueur et les réglements sur la police sanitaire des animaux domestiques protègent suffisamment la santé publique.

Les deux maladies virulentes, septiques qui atteignent les veaux dès leur naissance sont la « septico-pyoémie » et la « diarrhée septique ». M. Vallin estime qu'il y aurait lieu d'étendre la probibition de la vente de la viande à quelques autres maladies, en particulier à la septico-pyoémie.

II. — Les viandes conservées par le salage ou le fumage se rencontrent partout; mais leur usage est surtout répandu dans l'Europe centrale et septentrionale.

L'auteur entre dans des détails circonstanciés au sujet de la pratique du salage et du fumage.

Le manuel opératoire de la salaison d'une viande est en général fort simple. Parfois on se contente de saupoudrer largement de sel des tranches de viandes plus ou moins épaisses, puis de les empiler ainsi dans un tonneau : le liquide conservateur qui se produit est la saumure. Plus souvent on prépare à l'avance cette solution saline dans laquelle on plonge la viande à conserver. Il existe un autre procédé de conservation qui consiste à injecter sous pression dans la viande la solution saline, mais ce procédé est plus compliqué et plus coûteux.

Pour le fumage on se contente généralement de saupoudrer la viande de sel et de l'exposer à la fumée d'un feu de bois peu ardent. A la campagne on suspend simplement la viande à la cheminée; chez les fabricants de produits fumés elle prend place dans des sortes de chambres où la fumée circule aussi lentement que possible de manière à utiliser toute son action par un contact prolongé.

Si le salage et le fumage ont une action marquée sur les germes saprophytes qui par leur vitalité s'opposeraient à toute conservation ils ne paraissent pas capables d'annihiler les germes morbides. Sans exagérer plus qu'il ne convient les dangers de la consommation de la viande d'animaux atteints de maladies infectieuses on devra réclamer pour les bêtes destinés à fournir les salaisons, un contrôle aussi sévère que celui qui sera institué pour les viandes à manger fraîches.

III. — Les viandes congelées sont bonnes pour l'alimentation, mais leur valeur marchande est de beaucoup inférieure à celle de la viande fraîche. Leur aspect terne ne saurait autoriser les substitutions. Déjà les viandes des animaux récemment abattus perdent de leur coup d'œil par le colportage, à plus forte raison les viandes congelées seront-elles dépréciées quand elles auront séjourné sur les tables de vente.

Les viandes congelées ne devraient pas être transportées d'étaux en étaux. Faire étalage avec elles est un non-sens, de même que les accrocher aux Halles centrales par les temps humides. Autant ces viandes sont belles à leur sortie des chambres de congélation, alors qu'elles ont intactes leurs couleurs vives, saupoudrées d'une poussière de givre éclatant, autant elles deviennent dégoûtantes après plusieurs jours d'exposition à l'air libre.

Si l'on veut leur conserver un certain crédit, il est nécessaire de les présenter au public acheteur sous un jour favorable et de ne pas attendre pour les vendre qu'elles aient perdu, par un séjour prolongé à l'air, toutes leurs propriétés.

IV. — Malgré les efforts des végétariens, la consommation de la viande atteint un chiffre très élevé. Elle est en France de 1,300 millions de kilogrammes par an, ce qui fait 34 kilogr. 750 par habitant et par an, soit 95 grammes par jour. Pour Paris, la consommation est de 84 kilogrammes par habitant. Le chiffre est de 77 kilogr. pour les chefs-lieux et de 19 kilogr. 379 en moyenne pour les campagnes. Dans beaucoup de pays, le paysan ne mange guère de viande qu'aux fêtes et presque toujours il s'agit alors de viande de porc.

Le germe tuberculeux peut-il être transmis par la viande? Ceci paraît hors de conteste ; aussi d'aucuns ont-ils proposé de rejeter de la consommation tout animal tuberculeux. Cette mesure serait cependant hors de proportion avec le danger encouru. Et la pratique actuelle veut qu'on ne saisisse la viande des animaux tuberculeux que si cette viande n'est pas de bonne qualité apparente, si la tuberculose est généralisée au sens propre du terme. Hors de ces cas, la consommation d'une viande de bon aspect provenant d'un animal tuberculeux paraît devoir être inoffensive, à la condition de la porter à une température centrale supérieure à 70° qui suffit pour tuer le bacille spécifique.

V. — Dans la zone intertropicale, dit M. Maurel, il faut renoncer à faire exécuter les terrassements par des Européens et ne les confier qu'à la race noire qui les pratique sans danger. En l'absence de ces travailleurs on s'adresserait à des indigènes.

Les atteintes du paludisme en dehors des terrassements peuvent être nombreuses mais sont rarement mortelles. Aussi, même dans les foyers les plus intenses, la maladie ne paraît-elle pouvoir arrêter ni les entreprises pacifiques des Européens dans les pays intertropicaux, ni compromettre les expéditions. Le paludisme ne saurait donc être considéré comme un obstacle insurmontable pour notre race, étant donné surtout que dans de nombreux cas des travaux de drainage, de colmatage, etc., peuvent le faire disparaître.

En résumé, l'Européen doit savoir qu'il peut, dans ces pays, commander, diriger, être fonctionnaire, faire du commerce, exercer les professions libérales et même y combattre et y être

ouvrier d'art, mais qu'au moins pour les régions dont l'altitude ne corrige pas les effets de la latitude, le travail de la terre lui est interdit sous peine de mort.

VI. — Savantes argumentations développées à la tribune de l'Académie de médecine où l'auteur a eu pour but de ramener l'attention vers la question trop négligée et en grande partie méconnue de la prévention, de l'immunisation médicamenteuse par les agents proprement dits de la matière médicale tirés du règne végétal ou minéral; de montrer, par des exemples, que l'étude de cette question dans le domaine à la fois expérimental et clinique est de nature à éclaircir d'un jour plus vif, plus visible et plus tangible, en quelque sorte, la question de l'immunisation par les vaccins animaux ou les antitoxines. en la transportant sur son véritable terrain de la toxicologie et de la physiologie générales; de réaliser enfin une application particulière de ces données préalables et fondamentales à la prévention et à la prophylaxie du paludisme par la médication quinique la mieux appropriée.

VII. — Il se fait à Paris un véritable gaspillage d'eau de source. En plein été, on gâche facilement un hectolitre d'eau pour rafraîchir une carafe. Il n'en faut pas davantage pour occasionner une pénurie en eau potable et mettre l'administration dans la nécessité de donner pour un temps de l'eau de Seine.

Avec les 136,000 mètres cubes d'eau de source que Paris reçoit, l'approvisionnement devrait être suffisant, puisque cela représente une moyenne de 268 litres d'eau par tête et par jour. Et comment ferait-on s'il fallait revivre ce qui été vécu en 1864, où l'on ne disposait que de 1,000 à 1,200 mètres cubes? L'approvisionnement a été successivement porté à 30,000 en 1866; à 60,000 et 80,000 en 1875.

On devient de plus en plus exigeant pour la quantité d'eau nécessaire à la vie journalière et on a en définitive raison, car cette exigence tourne forcément au bénéfice de l'hygiène.

VIII. — Le problème qui a toujours excité au plus haut point la sagacité des inventeurs, qui, jusqu'ici, n'a pas encore été considéré comme résolu par les hygiénistes, c'est celui de la purification des eaux potables.

Les eaux qui doivent servir à l'alimentation sont actuellement purifiées par deux procédés bien distincts. Le premier, le plus ancien, consiste à filtrer l'eau : c'est le procédé mécanique. Le second est basé sur l'action de la chaleur: l'eau est soumise à l'ébullition et tous les microorganismes sont détruits.

Mais tandis que tous les appareils de filtration sont défectueux, la chaleur a l'inconvénient considérable de modifier la composition chimique de l'eau, de lui faire perdre ses gaz, de la rendre indigeste.

Pour obvier à ces inconvénients, MM. Girard et Bordas préconisent un procédé de purification des eaux par le permenganate de chaux associé au bioxyde de manganèse. Les quantités employées sont faibles, 20 milligrammes de permanganate de chaux par litre suffisent à rendre l'eau stérile et à la priver à peu près complètement de matières organiques. Il y a de petits appareils basés sur ce procédé qui donnent de bons résultats et qui sont d'une grande simplicité.

IX. — Conférence fort intéressante faite à la Société normande d'hygiène pratique que l'auteur résume dans les lignes ci après:

Des occasions avantageuses se présentent de créer à Rouen des établissements de bains à bon marché qui ne porteront aucun préjudice aux établissements de bains actuellement existants, et devront répandre, dans le public et la jeunesse des écoles, le goût des pratiques de propreté corporelle si utiles à la conservation de la santé.

Que l'administration municipale, comme à Paris, ou l'initiative privée, comme à Bordeaux, interviennent pour mettre à profit ces occasions; peu importe, pourvu, toutefois, que l'initiative privée ne soit pas entravée par des exigences excessives.

En tous cas, il sera prudent de recourir au moyen le moins onéreux n'oubliant pas le mot si judicieux et si pratique de Jules Simon: « Tout l'avenir de la propreté dépend du bon marché auquel on la donnera. »

A L'ÉTRANGER

ITALIE

Traitement sérothérapique de la tuberculose.

Cattaneo a publié (*Gazz. degli Ospedali*, mars 1896) deux cas de tuberculose infantile traités avec le sérum de Maragliani. Il indique d'abord les avantages que présente la tuberculose des enfants pour l'observation de ce procédé thérapeutique. Les enfants, en effet, présentent souvent des lésions locales qui ont volontiers tendance à infecter d'autres tissus, ils peuvent ainsi servir de cas témoins.

Dans tous les cas rapportés par l'auteur, le malade a été mis en observation pendant vingt jours, avant d'être soumis au traitement. Pendant tout ce temps on lui a donné la nourriture suivante : pain, 150 grammes; bouillon, 250 grammes; viande, 80 grammes; riz, 150 grammes; deux côtelettes; vin rouge, 100 grammes; vin de Marsala, 100 grammes; lait, 200 grammes. Le premier malade était une fille de trois ans, dont le père était mort de tuberculose pulmonaire et deux frères d'une maladie de poitrine probablement de nature tuberculeuse. C'était une enfant aux muscles faibles, d'un faible développement, avec des glandes hypertrophiées, de l'hypertrophie du foie et de la rate. Elle avait 40 0/0 d'hémoglobine et 4,624,000 globules rouges. Sa température respirale s'élevait à 39 degrés. On a fait en tout quinze injections. Les premières injections ont été faites tous deux les jours. Puis, comme l'enfant les supportait bien, on en a fait une tous les jours. Dans la première quinzaine, il y a eu une amélioration rapide de l'état général et de l'appétit, l'enfant est devenue plus vive et plus enjouée. L'hémoglobine a atteint les proportions de 55 0/0, les globules rouges se sont élevés au chiffre de 4,820,000, et il y a eu une décroissance dans le nombre des globules blancs. A la fin du traitement, il n'y avait plus de toux, le foie avait diminué de volume, la rate ne faisait plus saillie au-dessous des côtes, l'hypertrophie ganglionnaire avait aussi diminué, l'hémoglobine restait à 55 0/0, les globules rouges à 4,584,000, il n'y avait plus de fièvre, le poids avait atteint 8 kilogrammes au lieu de 7 kilogrammes et demi, l'état général était bon, l'appétit aussi; la malade, enfin, était devenue gaie.

Le second malade était aussi une petite fille âgée de 5 ans. Pas de notions sur ses antécédents héréditaires. Mais dentition retardée, troubles intestinaux, légère suppuration de l'oreille, un peu de toux, de la dyspnée, de temps en temps de la fièvre, tous signes que le traitement général ordinaire n'avait pas modifiés. Au moment où le traitement sérothérapique fut commencé, l'apparence de cette enfant était misérable: les muscles très faibles, les muqueuses pâles, les ganglions hypertrophiés, la respiration était rude à chaque sommet, avec des râles sibilants; il y avait aussi des râles humides dans les bases; le ventre était ballonné; le foie et la rate dépassaient le rebord costal, il y avait 50 0/0 d'hémoglobine, 3,000,000 de globules rouges, de l'indicanurie, mais pas de fièvre. Le poids total du corps était de 11 kilogr. 750. On a, dans ce cas encore, fait quinze injections de sérum. Durant les quinze premiers jours, il y a eu une légère amélioration de l'état général et de l'appétit, avec diminution de la toux et des signes physiques. L'hémoglobine était montée à 65 0/0, les globules rouges à 4,000,000. Dans les trois dernières semaines du traitement, il y a eu une très légère fièvre provoquée par une suppuration banale à l'endroit où les injections avaient été faites à la fin du traitement; il y avait une diminution très

notable des bruits secs que l'on entendait auparavant dans la poitrine, et l'on n'entendait plus de râles humides. Les ganglions avaient diminué de volume ; l'hémoglobine était à 60 0/0 ; les globules rouges à 3,624,000, la fièvre était nulle, le poids du corps atteignait 11 kilogr. 800 ; l'état général était bon, l'appétit aussi.

En résumé, l'auteur considère ces deux cas comme très instructifs. Ils sont une preuve de l'amélioration considérable que l'on peut donner aux tuberculeux par la médication sérothérapique. Ils sont aussi la preuve de l'innocuité du traitement. Il est vrai que l'un des petits malades a présenté une suppuration. Mais celle-ci était légère et d'aucune importance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août.

Sur le raccourcissement musculaire post-tétanique et sur quelques symptômes peu connus du tétanos.

M. de Brun (de Beyrouth). — Je désire présenter à l'Académie quelques observations personnelles au sujet d'un cas de tétanos que j'ai récemment observé. Il s'agit d'un portefaix qui contracta le tétanos à la suite d'une application de cautère. La guérison de ce tétanos fut particulièrement longue. Mais ce qu'il y eut d'intéressant, à la suite de cette guérison, ce fut la conservation de troubles singuliers du côté de la marche et de la station debout. Voici quels étaient ces troubles :

Le malade marchait exactement sur l'avant-pied, ne portant jamais le talon jusqu'au sol. De même, dans la station debout, le talon ne touchait pas le sol mais en restait éloigné d'une distance moyenne de 6 centimètres du côté gauche, de 4 centimètres 1/2 du côté droit. Pour faire toucher le sol par ses talons, le malade était obligé d'user d'un stratagème ; il écartait les jambes en faisant lentement glisser les pieds sur le sol et en maintenant la pointe du pied tournée en dehors.

Une pareille modification de la marche et de la station debout était due à des troubles musculaires survenus du côté droit dans le groupe des muscles extenseurs du pied. A la vérité, il existait un véritable raccourcissement du triceps sural qui immobilisait le pied en extension sur la jambe. La jambe et le pied, ainsi immobilisés dans cette position, formaient entre eux un angle à sinus antérieur que l'on ne pouvait abaisser au-dessous de 130°.

L'altération musculaire avait aussi frappé le biceps brachial du côté gauche, l'avant-bras avait une position demi-fléchie sur le bras, et en frappant soigneusement le biceps on sentait au niveau de la face profonde du muscle une sorte de lanière dure, inextensible et donnant au toucher une sensation caractéristique contrastant très nettement avec le reste de la masse du muscle qui était flasque, et semblant se continuer, en somme, avec le tendon d'insertion du muscle au niveau du radius.

Le muscle masséter du côté gauche présentait une transformation absolument analogue.

Il s'agissait donc bien là d'un véritable raccourcissement musculaire. Ces lésions s'étaient montrées pendant le cours de la maladie. Elles avaient évolué progressivement, sournoisement, au milieu de douleurs sourdes intermittentes, revêtant parfois une acuité telle que le malade ne pouvait dormir et que la pression des masses musculaires arrachait des cris au malade. Le malade est sorti de l'hôpital au bout de trois mois et demi, ne souffrant plus et marchant mieux.

Ce fait n'est pas le seul de son espèce que j'ai observé. J'ai déjà vu deux cas analogues.

D'ailleurs, en Syrie, les cas de tétanos sont fréquents. J'en ai un certain nombre, et des observations que j'ai pu recueillir, j'ai retenu certains symptômes encore peu connus que je vous demande maintenant la permission de vous exposer.

C'est en premier lieu *la constipation*. J'y insiste parce que cette constipation est tenace, et qu'elle se reproduit avec opiniâtreté. De plus, si l'appétit est conservé pendant le cours de la maladie, on voit, par contre, les malades être pris d'une *fringale* extraordinaire pendant le cours de leur convalescence. La *soif ardente* est enfin constante chez les tétaniques, d'un bout à l'autre de leur infection.

Les tétaniques sont encore généralement des malades qui *transpirent* considérablement. Cette transpiration se montre d'une façon intermittente, par crises, sans s'accompagner jamais des améliorations qui marquent d'habitude les sueurs critiques au cours des maladies infectieuses.

Enfin les tétaniques sont remarquables par le besoin qu'ils éprouvent *à se déplacer*. Ce besoin contraste singulièrement avec l'impossibilité où ils sont de se mouvoir.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 juillet.

Présence dans le nerf laryngé supérieur de fibres vaso-dilatatrices et sécrétoires pour la muqueuse du larynx.

M. Hédon montre que, d'après ses expériences, le larynx supérieur doit être considéré comme un nerf vaso-dilatateur et sécrétoire pour la muqueuse du larynx au même titre que la corde du tympan pour la glande sous-maxillaire.

Ce double rôle du laryngé supérieur est obtenu expérimentalement par l'excitation du bout périphérique du laryngé supérieur. C'est là un effet direct et non réflexe de ce nerf, car la vaso-dilatation et la sécrétion de la muqueuse laryngienne se montrent encore après la section des récurrents et des vago-sympathiques.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Nancy, du 6 au 10 août 1896.

Le pronostic des albuminuries.

Deux rapports ont été lus sur ce sujet ; l'un par **M. Arnozan** (de Bordeaux), l'autre par **M. Talamon** (de Paris).

M. Arnozan a d'abord montré combien les auteurs s'entendent peu sur la nature chimique des albumines que peut renfermer l'urine. Il y en a cependant deux variétés qui sont faciles à déceler et à doser : la globuline et la sérine. Mais à côté de ces deux variétés il en existe un grand nombre qui répondent à un trouble nutritif spécial.

Pour admettre la multiplicité des albumines urinaires, on s'est basé sur l'un des caractères suivants :

a) Variation de la température de coagulation ;
b) Variation de coagulation en présence des mêmes réactifs ;
c) Déviation du rayon polarisé ;
d) Composition élémentaire ;
e) Rétractilité ou non-rétractilité du coagulum.

Ce dernier caractère a été mis en évidence par M. Bouchard, et il semble à M. Arnozan que ce soit encore le caractère le mieux établi qui ait été signalé. M. le professeur Gautier fait cependant remarquer que cette rétraction dépendrait plutôt de la quantité d'albumine, de la nature plus ou moins acide des urines, de leur richesse en urates et en sels que de l'espèce d'albumine qui se coagule.

Quoi qu'il en soit, il y aurait avant tout, au point de vue de la composition élémentaire des albumines, des différences fondamentales qui ont été le mieux étudiées par Béchamp. De ces

albumines, les unes, la *sérine* et la *globuline*, albumines vulgaires, sont associées à du soufre; l'autre, la *nucléo-albumine*, est associée à du phosphore.

Existe-t-il une albuminurie physiologique?

Certains auteurs, Senator en particulier, admettent que l'albumine est un élément normal de l'urine, opinion aujourd'hui rejetée par la majorité des chimistes et des médecins.

D'autres, tels que Capitan, Leube, Stewart, pensent que l'albumine peut exister dans l'urine d'une manière accidentelle et transitoire, c'est-à dire qu'il y a une albuminurie physiologique, indépendante de tout état de maladie. A la vérité, on voit certains individus jouir d'une santé florissante, mener une vie active et même pénible, quoiqu'ils aient de l'albumine dans l'urine. Mais ce serait une erreur de croire, d'une manière absolue, que ces individus n'ont aucune tare. Il faudrait d'abord être sûr que leur albumine disparait plus tard, puisque la morbidité n'est pas plus grande chez eux que chez les autres individus. Il est à noter, d'autre part, que cette albuminurie, soi-disant physiologique, est influencée par les mêmes causes (menstruation, travail musculaire, bains froids, digestion) qui influencent l'albuminurie reconnue pathologique.

Pour toutes ces raisons donc, il vaut mieux tenir pour suspecte l'albuminurie. Certains partisans de l'albuminurie accidentelle vont même jusqu'à dire que cette albuminurie n'est que le premier stade ou le mode de début de certaines néphrites, du petit rein rouge contracté, en particulier.

Il convient, dès lors, d'admettre, avec Lécorché et Talamon, que toute albuminurie est pathologique.

La pathogénie de l'albuminurie est d'une complexité extrême et les auteurs ont émis de nombreuses hypothèses à ce sujet. Gubler et Robin croyaient que, dans ses formes chroniques tout au moins, l'albuminurie était le résultat d'une altération sanguine. D'après cette théorie, le sang étant d'abord malade, le rein laisse d'abord les albumines altérées, puis le rein à son tour est pris et il laisse filtrer l'albumine normale du sérum. D'autres auteurs ont admis que la présence d'albumine indiquait des modifications importantes dans la pression du sang, qu'il y eût excès de tension comme dans l'albuminurie des cardiaques ou bien qu'il y eût, au contraire, ralentissement du cours du sang. Puis, on a admis les lésions de l'épithélium, des glomérules et des tubes contournés.

A la vérité, M. Arnozan dit avoir, lui-même, constaté que tous les épithéliums enflammés exsudent des quantités plus ou moins grandes d'albumine. Le rein, en laissant passer l'albumine, ne ferait que se conformer à la loi. M. Arnozan pense donc que dans les néphrites aiguës, il faudrait considérer l'albumine comme un simple produit de l'inflammation. Elle résulterait plus d'une exsudation que d'une transsudation.

Il existe des preuves de ces faits : D'abord, on trouve des éléments figurés du sang à côté des *albumines inflammatoires*. Puis, dans les lésions dégénératives, telles que le cancer du rein, l'albumine peut faire défaut. Enfin, d'après Ott, l'émission de nucléo-albumine accompagne souvent l'émission de sérine ou albumine proprement dite. Or, la nucléo-albumine paraît appartenir aux albuminuries provenant de la désorganisation des épithéliums.

Donc, en définitive, l'albumine peut provenir d'une altération des albumines du sang, d'un trouble de la circulation rénale, d'une lésion épithéliale du rein, ou d'un exsudat inflammatoire versé à la surface des canalicules. Mais cette albumine ne porte pas en elle les caractères de son origine, et comme elle ne peut nous renseigner sur l'étendue des lésions ni sur leur degré de curabilité, il s'ensuit qu'elle est un élément de pronostic très relatif. Elle prend, cependant, une importance pronostique plus grande quand on y joint l'étude des éléments figurés du sang dans l'urine, et de la toxicité urinaire. M. Denigès a montré que lorsque les leucocytes existent dans une urine albumineuse, leur nombre semble varier en raison de la quantité d'albumine éliminée. D'autre part, on sait, depuis Bouchard, que moins l'urine est toxique, plus le pronostic est grave. Il faudrait enfin tenir aussi compte du fonctionnement du rein en tant que glande à sécrétion interne. Mais les recherches, sur ce point, sont encore insuffisantes.

Pronostic de l'albuminurie dans les néphrites infectieuses.

Le pronostic immédiat des néphrites infectieuses aiguës est ordinairement favorable, mais il peut aussi être une tare rénale grave pour l'avenir. En effet, la plupart des fièvres s'accompagnent d'albuminurie d'une manière passagère et le nombre des brightiques est restreint.

Cependant, M. Bouchard insiste sur ce fait que la néphrite, dans la maladie infectieuse, est grave parce qu'elle détermine la rétention dans le sang des produits toxiques. Dans ce cas, la maladie infectieuse prend la forme rénale et s'accompagne de symptômes graves pendant quelques jours.

Mais supposons le cas, beaucoup plus fréquent, où la maladie infectieuse avec albuminurie, sans avoir cependant pris la forme rénale, arrive à la convalescence. Ici, l'albuminurie pourra disparaître rapidement ou se prolonger. Cette persistance d'albumine, après la disparition de la maladie, indiquerait, d'après Bouchard et Jeanselme, une tendance à la chronicité.

Au point de vue clinique, l'albuminurie est sournoise dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle ; elle s'installe plutôt à grands fracas dans la scarlatine, la rougeole. Plus tard, quand elle est devenue chronique, toutes ces albuminuries se confondent dans le tableau clinique du mal de Bright. Les microbes qui déterminent ces albuminuries sont : le streptocoque, le bactérium coli, le pneumocoque, le bacille d'Eberth.

Néphrites toxi-infectieuses.

Telle est celle de la diphtérie ; la toxine du bacille d'Eberth l'engendre; peut-être même qu'elle peut être provoquée par les antitoxines (albuminurie tardive de la diphtérie depuis la méthode sérothérapique.)

Néphrites toxiques.

On sait, depuis Bouchard, que le chloroforme donne l'albuminurie. Cette albuminurie se présenterait, d'après Patein, une fois sur trois. D'après MM. Binaud et Rullier, sur 77 opérés avec le chloroforme, le chloroforme pourrait momentanément aggraver une albuminurie préexistante, mais rarement le chloroforme engendrerait l'albuminurie chez un sujet dont le rein fonctionne normalement.

Une autre albuminurie toxique, l'albuminurie cantharidienne, est très connue.

L'*albuminurie cyclique*, appelée par Teissier maladie de Pavy, est une forme d'albuminurie qui est *diurne* et ne se rencontre qu'à certaines heures de la journée. Mais, fait curieux, le séjour au lit durant le jour empêche l'apparition de l'albumine, la station debout pendant la nuit en provoque le retour. En pareil cas, c'est donc bien, comme dit Marie, la station debout qui agit. Cette albuminurie, pour Lécorchéet Talamon, se rattacherait au mal de Bright; pour Teissier, Pavy, serait une maladie à part. Deux signes, donc, caractérisent cette variété d'albuminurie : d'une part, l'influence de la station debout; d'autre part, l'absence des signes du mal de Bright. M. Arnozan pense, néanmoins, que cette albuminurie indique une néphrite légère pouvant aboutir au mal de Bright, mais aussi pouvant guérir. Son pronostic est donc favorable.

A cette albuminurie cyclique, il faut rattacher l'*albuminurie minima* de MM. Talamon et Lécorché, caractérisée par la continuité et le peu d'intensité de l'albumine. La pathogénie n'en est pas encore connue. On sait seulement qu'elle peut annoncer un accès de goutte ou bien être le premier acte du mal de Bright.

Maladies chroniques.

L'*albuminurie cardiaque* annonce l'hyposystolie, s'accompagne de diminution des urines, augmentation de leur densité, apparaît surtout le soir (insuffisance mitrale) ou le matin (rétrécissement mitral). Favorable puis, plus tard, signe d'une lésion rénale.

Elle relève de l'artério-sclérose ou d'une thrombose de l'artère rénale. Il est et de même pour les albuminuries dans les affections broncho-pulmonaires.

Les *albuminuries par auto-intoxication* sont nombreuses; le rein devient malade parce qu'il a trop de poisons à éliminer. C'est ce qui arrive dans les albuminuries de la dilatation de l'estomac (Bouchard); le surmenage, le froid (en supprimant l'élimination des déchets par la transpiration) agissent dans le même sens. Telles sont encore les auto-intoxications d'origine hépatique, ainsi que l'a démontré Gouget, et surtout les lésions du foie avec ictère.

Les *albuminuries d'origine nerveuse* sont encore mal définies. On rencontre cependant de l'albumine dans l'épilepsie, la paralysie générale, le tabes.

L'*albuminurie diabétique* est fréquente. Elle est bénigne ou grave. Mais dès qu'il y a plus d'un gramme d'albumine par jour, surtout s'il coexiste une diminution du sucre, le pronostic est mauvais.

Il existe enfin *une albuminurie héréditaire des nouveau-nés :* comme l'ont indiqué Morinous, Cassaët et Chambrelent, l'albuminurie de la mère se transmet à l'enfant et les reins de l'enfant présentent les mêmes lésions que les reins de la mère.

A l'exemple de M. Arnozan, **M. Talamon** s'attache à démontrer que l'albuminurie est un symptôme sans valeur pronostique propre, qu'il faut l'appuyer sur les conditions extrinsèques qui provoquent, accompagnent ou compliquent l'albuminurie et c'est dans cet ordre d'idées qu'il recherche lui-même les éléments du pronostic de l'albuminurie dans :

Les caractères de l'albuminurie;

La composition du milieu urinaire;

Les conditions étiologiques ou pathogéniques qui ont donné naissance à l'albuminurie;

Les conditions individuelles et l'état général du sujet atteint;

Les phénomènes associés ou connexes en rapport avec la lésion rénale.

Au point de vue de la quantité d'albumine, le seul élément de pronostic est celui-ci : quand une proportion élevée d'albumine coexiste, d'une manière permanente, avec une polyurie de 2 à 4 litres, le pronostic est grave. Encore faut-il tenir compte de deux facteurs pathogéniques réunis: la surface glomérulaire altérée et la pression du sang. Dans les néphrites aigues et les crises aiguës du mal de Bright, si en dépit du relèvement de la pression du sang et de la vitesse du courant sanguin la proportion d'albumine reste élevée, on peut être sûr que le travail inflammatoire s'étend ou s'aggrave; à plus forte raison si la pression reste basse, c'est-à-dire si la quantité d'urine n'augmente pas.

De l'étude de la qualité de l'albumine il faut retenir les faits suivants: verser de l'acide nitrique dans l'urine, et si l'on voit se former au-dessus du disque d'albumine un disque net et épais d'acide urique on peut affirmer le caractère bénin de l'albuminurie. C'est ce que l'on voit dans les albuminuries fébriles, les albuminuries cardiaques et les albuminuries prégoutteuses. Le pronostic devient plus grave si l'acide nitrique donne un précipité épais d'un blanc mat, surmontant un disque violet plus ou moins marqué d'indican. Si le disque d'albumine est mince et si au-dessous il existe un disque ou un cercle rose d'urobématine le pronostic reste variable, car ce précipité s'observe aussi bien dans l'albuminurie du rein contracté que dans l'albuminurie des adolescents anémiques et névropathes.

L'examen chimique de l'urine donne des résultats plus intéressants. Les deux albumines qui composent l'albumine de l'urine, la sérine et la globuline, analogues à celles du sang, sont séparables par le sulfate d'ammoniaque. Les autres albumines (peptone, nucléo-albumine) sont moins bien connues. MM. Lécorché et Talamon ont trouvé que l'abaissement du quotient albumineux, c'est-à-dire du rapport qui existe entre la sérine et la globuline, indique toujours une aggravation. D'autres auteurs, tels que Maguire, ont trouvé des résultats opposés.

Quant aux albuminuries soumises à des variations quotidiennes, M. Talamon les appelle albuminuries minima, où la faible teneur de l'urine en albumine est le seul caractère important, dit-il, et il en tire cette seule indication thérapeutique que ces malades doivent éviter les grandes fatigues musculaires et le travail intellectuel excessif.

De l'étude des différents éléments de l'urine, M. Talamon conclut que :

La variation de l'eau urinaire donne le meilleur élément de pronostic. L'oligurie est fâcheuse car l'urémie menace.

La variation de l'urée est aussi d'une grande importance pronostique. Dans les périodes d'oligurie, le pronostic est moins grave et le trouble fonctionnel du rein moins prononcé quand la quantité d'urée est élevée et dans les périodes de polyurie, une forte proportion d'urée indique un état général satisfaisant, une faible proportion signifie tendance à la cachexie.

Les autres éléments constituants de l'urine sont encore actuellement de peu d'importance pronostique. Il suffit seulement de savoir que plus l'albuminurie est ancienne et grave, plus l'urine est pauvre en matériaux solides.

Ce qui domine le pronostic de toute albuminurie, c'est la crainte du mal de Bright. Or, on peut dire que toutes les maladies albuminuriques, à des degrés divers de fréquence, peuvent conduire au mal de Bright.

Dans *les maladies fébriles*, on pense que l'albuminurie précoce est d'un pronostic bénin et qu'elle disparaît rapidement. Cependant, il est des cas où elle persiste, s'aggrave et reparaît sous la forme d'un mal de Bright aigu.

Ici, M. Talamon pense qu'il y a intervention d'une cause nouvelle (refroidissement, lésion rénale antérieure). L'albuminurie secondaire des maladies aiguës est plus grave que l'albuminurie initiale. Elle peut même, comme c'est si souvent le cas dans l'albuminurie post-scarlatineuse, déterminer des accidents graves et comporter un pronostic immédiat et éloigné très sérieux.

Chez les saturnins, on voit les albuminuries les plus variées, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves. Elle peut être passagère, cyclique, intermittente, persistante. Elle devient généralement plus abondante et continue à l'occasion d'une maladie aiguë quelconque ou d'une colique de plomb. L'albuminurie paraît d'une manière générale être d'autant plus grave que l'intoxication est plus avancée.

Chez les goutteux, il faut distinguer, au point de vue du pronostic, deux catégories de cas : ceux dans lesquels l'urine conserve les caractères que Lécorché a assignés à l'urine du goutteux azoturique; ceux dans lesquels l'urine offre les conditions inverses, c'est-à-dire est pâle, décolorée, abondante, de densité faible, très appauvrie en principes constituants. Dans la première catégorie de faits rentrent les albuminuries précoces ou prégoutteuses qui guérissent sous l'influence de règles hygiéniques sévères, mais où le pronostic doit être réservé.

Dans la deuxième catégorie de faits, le pronostic de l'albuminurie immédiat ou prochain est toujours mauvais.

Le pronostic de l'albuminurie de la grossesse est complexe; il est commandé par l'éclampsie qui, pour Talamon, n'est nullement en rapport direct avec la présence de l'albumine dans l'urine.

Il y a, au point de vue de la grossesse, une albuminurie post-ou co-éclamptique et une albuminurie toxique et nerveuse. Dans le premier cas, si l'éclampsie guérit, l'albuminurie disparaît avec elle. L'albuminurie du travail est une albuminurie sans impor-

tance. L'albuminurie puerpérale, post-partum, est moins liée à l'accouchement qu'à l'infection puerpérale, fébrile. Enfin, au cours de la grossesse, si l'albumine est minime, le pronostic éloigné est réservé, mais il n'y a pas d'accidents immédiats graves. Si l'albuminurie dépasse 2 0/0, le pronostic devient sévère, et pour la mère et pour l'enfant. Il y a accouchement prématuré ou avortement.

Le rapport de cette albuminurie grave à toutes les albuminuries gravidiques est de 1.4 0/0. Cette albuminurie au cours de la grossesse se rattacherait toujours, d'après Talamon, à une néphrite évidente ou latente antérieure à la conception.

Les *tuberculeux* ont mille raisons d'être atteints d'albuminurie. Mais la plus intéressante de toutes ces albuminuries tuberculeuses est *l'albuminurie pré-tuberculeuse* que M. Teissier traitera plus loin. En dehors d'elle, il y a trois formes principales d'albuminurie tuberculeuse : l'albuminurie purulente. l'albuminurie hémorrhagique continue et l'albuminurie polyurique.

Il existe enfin des albuminuries syphilitiques précoces et tardives. Elles ont toutes pour caractéristique d'être influencées par le traitement antisyphilitique.

M. Talamon a terminé son rapport par l'étude de l'albuminurie minima dont il distingue trois variétés : *a) l'albuminurie minima post-infectieuse*, séquelle des maladies microbiennes où l'albumine disparaît peu après le processus infectieux ; *b) l'albuminurie minima pré-goutteuse* qui guérit, mais aboutit tôt ou tard au petit rein goutteux; *c) l'albuminurie* minima. héréditaire ou familiale, souvent constatée au hasard, mais dont le pronostic éloigné comporte pour nous de fortes réserves.

Le pronostic de l'albuminurie minima doit être réservé chez les jeunes gens, et à plus forte raison chez les vieux. Lorsque l'on constate les signes du brightisme, le pronostic découle de ce fait.

A la suite de la lecture des rapports lus par MM. Arnozan et Talamon, **M. Teissier** (de Lyon) est revenu sur les albuminuries intermittentes cycliques, fonctionnelles ou minima, dont la valeur séméiologique est encore sujette à discussion. Il a particulièrement insisté sur le type à cycle d'albuminurie matutinale qu'il a dénommée albuminurie *prétuberculeuse*. Cette albuminurie, dit-il, s'accompagne de troubles généraux, disparaît au moment des déterminations viscérales de la tuberculose, mais elle n'a pas le pronostic bénin qu'admet M. Talamon. La signification de cette albuminurie est, au contraire, sévère, puisqu'elle traduit l'imprégnation de l'organisme par la tuberculine.

Le pronostic serait plus bénin dans l'albuminurie cyclique à type diurne des jeunes sujets que M. Teissier a décrite sous le nom de maladie de Pavy. C'est une albuminurie à type bien spécial. ce n'est ni l'albuminurie minima de M. Talamon, ni ce que M. Teissier a encore décrit sous le nom d'albuminurie résiduale à la suite des maladies infectieuses. Ce n'est pas davantage du brightisme atténué. Enfin, les albuminuriques cycliques à type Pavy n'auraient pas plus de chances d'évoluer ultérieurement vers la néphrite goutteuse que le goutteux qui aurait évité cette phase prémonitoire de l'imprégnation diathésique.

Dans le diabète, enfin, M. Teissier distingue plusieurs types d'albuminurie : l'albuminurie alternante, l'albuminurie concomitante et l'albuminurie substitutive. De ces différents types, le premier seul aurait un pronostic bénin, ne comportant que des prescriptions diététiques spéciales. Les autres conduisent, la plupart du temps, à la néphrite et à des lésions du rein.

Résumant enfin tout ce qui a été dit sur le pronostic des albuminuries, et se plaçant au point de vue de l'assurance sur la vie, de l'admission aux écoles de l'Etat et du mariage, M. Teissier a conclu que, tandis que les néphrites avérées ne laissent aucun doute, les albuminuries intermittentes, elles, peuvent laisser des hésitations. Telles sont les albuminuries résiduales, par exemple. car, partout où il y a eu néphrite, il reste un état morbide capable de se réveiller sous l'influence d'une fatigue exagérée, d'une infection intermittente ou d'une grossesse. L'exception ne semble devoir être faite que pour les cas où l'albuminurie persistante n'est influencée ni par le régime, ni par l'exercice chez des sujets dont le cœur est normal, où l'hypertension artérielle est absente et la toxicité urinaire physiologique. Toujours à ce point de vue spécial du pronostic, les albuminuries cycliques à type matutinal faisant le plus souvent pressentir un rétrécissement mitral ou une tuberculose commençante, commandent les plus grandes réserves et même l'abstension. Mais il faut abandonner ces réserves chez les albuminuriques cycliques à type Pavy, surtout si leur cœur est normal, leur toxicité urinaire normale et s'ils n'ont pas de brightique dans leur famille.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Nomenclature des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lille pendant l'année scolaire 1895-1896.

M. Lefebvre : Contribution à l'étude de l'absence congénitale du péroné.

M. Letailleur : Contribution à l'étude du sarcôme des enfants.

M. Derome : Ruptures de la sclérotique.

M. P. Laurent : Des réactions chimiques de l'estomac; valeur clinique des procédés Hayem-Winter. Lescœur et Malibrand, P. Laurent.

M. P. Lenoir : Des insufflations d'air dans le traitement des péritonites tuberculeuses.

M. Deléarde : Contribution à l'étude de l'actinomycose.

M. Lebon : Contribution à l'étude des kystes à grains riziformes du poignet.

M. Houriez : De la cirrhose alcoolique hypertrophique.

M. Lemoine : Des effets physiologiques de la santonine et des accidents produits par son emploi abusif.

M. Joubin : Contribution à l'étude du développement des canaux pancréatiques.

M. Grouhel : Etude médico-légale des maladies post-traumatiques.

M. Degroote : Sur quelques nouveaux cas de myélite grippale.

M. Dubuisset : Contribution à l'étude de la hernie inguinale compliquée d'hydrocèle.

M. Delabrousse : Quelques recherches sur les micro-organismes de l'air dans les hôpitaux de Lille.

M. Candelier : Du curettage total de l'utérus comme méthode d'avortement provoqué.

M. Chocquet : De l'intervention chirurgicale dans certaines variétés d'arthrite sèche.

M. A. Dubois : Des angines scarlatineuses. Leur traitement par le sérum de Marmorek. Considérations sur la nature streptococcique de quelques angines susceptibles de la même thérapeutique.

M. Mabée : Contribution à l'étude des arthrites cervicales non tuberculeuses.

M. Berquet : De la tuberculose pulmonaire. Son étiologie générale. (Statistique de l'hôpital de Lille.)

M. Singer : Contribution à l'étude de l'urano-staphylorraphie.

M. Briche : Etude sur une forme rare de fracture isolée du bassin. Fracture transversale du sacrum.

M. Louart : De l'influence du courant continu dans les métrorrhagies.

M. Méplaux : Etude de pathologie générale. Des rapports du sarcôme dans l'inflammation. Nature inflammatoire du sarcôme.

M. Kaminsky : Etude sur la paralysie générale d'origine alcoolique à l'asile d'aliénés d'Armentières.

M. Gugelot : Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale.

M. Blaire : Contribution à l'étude de la phosphaturie. Sa valeur diagnostique et pronostique.

M. Minet : Sur les tumeurs solides des tuniques du scrotum.

M. Verny : Traitement des affections aiguës du poumon par la balnéation chaude.

M. Ringot : Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de méthyle.

M. Léonidoff : De l'absinthe. Considérations générales sur sa composition, ses effets physiologiques et toxiques. Etude particulière de son action sur les fonctions de l'estomac.

M. Lambret : Quelques considérations sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale.

M. Corez : Etude critique du traitement des diarrhées infantiles.

M. Tamboise : De l'emploi de la cocaïne dans la chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme.

M. Herlemont : De l'adénite sus-claviculaire cancéreuse dans le carcinôme de la prostate.

M. Echevin : De l'épithélioma des doigts.

M. Pannier : Diagnostic et traitement des fractures isolées des os du carpe.

M. Delavalle : Du choix du procédé opératoire dans la cataracte congénitale.

M. Hermo : Contribution à l'étude des accidents consécutifs aux gynatrésies congénitales.

M. Nevejan : Diagnostic différentiel entre certaines formes d'appendicite et d'ovaro-salpingite.

M. Delval : Recherches chimiques et expérimentales sur la toxicité du genièvre.

M. Defaux : Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice.

M. Lecomte : Etude sur 18 cas d'occlusion intestinale complète, liée chez la femme à des inflammations pelviennes.

M. Souillart : Quelques considérations à propos de l'ablation vaginale des fibromes utérins non suivie d'hystérectomie.

M. Tonnel : Contribution à l'étude du cœur chez le vieillard.

M. Lestoquoy : Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne dans l'obésité.

M. Biérent : Etude sur la puberté chez l'homme et chez la femme. La puberté à l'état physiologique.

M. D'Orgères : Intubation du larynx dans le croup (étude critique et contribution).

M. Jacqmarcq : Contribution à l'étude de la nature infectieuse du purpura simplex.

M. Boutry : De la mort apparente du nouveau-né. Des avantages qu'il y a à pratiquer les procédés combinés de respiration artificielle.

M. Bourg : Des luxations totales du métatarse sur le tarse (luxations en dehors).

Faculté de médecine de Lyon.

M. le docteur Pauly est nommé chef de clinique médicale.

Un concours s'ouvrira le 25 janvier 1897 devant la Faculté de médecine de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de médecine de Besançon.

M. Mandereau, suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, est chargé d'un cours d'anatomie.

M. Prieur, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé d'un cours d'histologie.

Ecole de médecine de Grenoble.

M. Berlioz, professeur d'histologie, est nommé professeur de bactériologie théorique et pratique.

M. Douillet est nommé professeur d'histologie.

Congrès français de médecine.

Avant de se séparer, le Congrès a voté une modification à l'article 3 de son règlement prescrivant l'obligation de réunions annuelles. Dorénavant chaque Congrès fixera l'époque de sa prochaine réunion.

Il a été décidé ensuite que le prochain Congrès aurait lieu à Montpellier en 1898, à l'époque de Pâques.

Ce rejet du prochain Congrès à l'année 1898 a été inspiré par le désir de permettre aux médecins français de prendre part au Congrès de Moscou en août 1897. Cette décision a été télégraphiée au président de ce Congrès.

Les questions choisies pour être l'objet d'un rapport au Congrès de Montpellier sont les suivantes :

1° *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.*

2° *Les associations microbiennes et les infections mixtes.*

3° *De l'utilisation thérapeutique des organes à sécrétion interne.*

M. le professeur Bernheim a été nommé par acclamation président du Congrès de Montpellier ; MM. les professeurs Grasset et Mairet, vice-présidents. Le secrétaire général est M. Carrieu.

FAITS DIVERS

Pajot, auteur dramatique.

A propos de la mort du célèbre professeur d'accouchements, on n'a pas manqué de rappeler la verve qu'il déployait dans ses cours de la Faculté de médecine, de citer ses bons mots, ses aphorismes pittoresques dont quelques-uns sont devenus classiques.

On sait qu'il fut un fervent pêcheur à la ligne ; on ignore peut-être qu'il fût aussi poète, et poète aussi fécond que varié dans ses productions.

On cite bien de lui quelques épigrammes ; voici un huitain peu connu dont la victime est cet excellent Bernutz — un Ardennais — gynécologue habile mais bien mauvais écrivain ; le malheureux, dans un article de quatre pages, avait employé 132 fois les mots *qui* ou *que !*

A L'APPARITION D'UN NOUVEAU JOURNAL TOCOLOGIQUE

Qui que tu sois, quoi que l'on pense
Pourquoi que tu romps le silence ?
Dis-moi pour que, pour qui, pourquoi ?
Que tu n'écris qu'en Iroquoi ?
Te tenant coi, grand Tocotogue,
Pour quiconque qui craint pour soi
Pourquoi que t'aurais pas la vogue ?
Quoi qu'en restant dans ton coin — coi ?

Dr Topja.

Mais Pajot avait à son actif bien d'autres productions poétiques.

Nous possédons dans notre collection une réponse au docteur Chéreau qui en dit long sur la fécondité littéraire de Pajot ; elle intéressera sans doute nos lecteurs :

« Hélas, cher Confrère, votre tact ne vous a pas trompé.

» Dans ma jeunesse, dans mon âge mûr même, ô honte ! j'ai entretenu quelque commerce impur avec les Muses et Pégase m'a fichu par terre bien des fois.

» Drames, comédies, vaudevilles, 52 actes joués dans tous les bouis-bouis et autres bobinos de l'époque, et certains 300 fois, sous pseudonymes. *Prob pudor !*

» Poésies, épigrammes, madrigaux, tous les crimes !

» Mais j'ai droit encore à votre indulgence.

» Je me suis rendu justice. Jamais, non jamais, de mon consentement je ne me suis laissé imprimer.

» Rangez donc les aigles dans votre Capitole, et ne me mettez pas même dans la cage à côté, parmi les:.... autres.

» Je vous promets que je ne le ferai plus et vous serre la main bien cordialement.

» Prof. Pajot. »

Chéreau ne put sans doute trouver la clef de l'anonymat sous lequel sont cachées les œuvres lyriques et dramatiques du professeur Pajot, car son nom ne figure pas dans le *Parnase médical français*. — O. G.

(Union médicale du Nord-Est.)

NOTES POUR L'INTERNAT

L'abondance des matières nous oblige à remettre à notre prochain numéro la suite de la **Physiologie de la déglutition.**

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 35 29 Aout 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

Nous remettons au prochain numéro la suite du mémoire : **Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule,** *par* Pierre Sebileau.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAITRES

La thérapeutique de Carlo Musitano (1635-1714).

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Au sortir d'un examen gynécologique, se rendre au confessionnal et recevoir les confidences des pénitentes, il y avait de quoi effaroucher la gent dévote. Elle protesta. Carlo Musitano, qui cumulait les fonctions de prêtre et de médecin spécialiste pour dames, fut dénoncé au pape Clément IX.

Le Saint-Père sourit; un confesseur qui absout les faiblesses de la femme est autorisé à vérifier le siége qui commande à ces faiblesses. Le récit du fait accompli parvient à l'oreille ; plus imparfait que l'ouïe, le sens du tact ne révèle pas avec la même précision que les mots la nature des replis où se perpètre le péché. Un aveu auriculaire en apprend plus que cent examens au doigt. Se livrer à un tel examen ne compromet donc nullement le caractère sacré du prêtre qui en entend bien d'autres.

Ces arguments ou approchant tels parurent péremptoires; ils firent taire la coterie acharnée après Carlo Musitano. On pense la joie du pauvre diable. Dans son triomphe, il fit faire son portrait : grosse face rasée, à nez de priseur, costume ecclésiastique, main droite appuyé sur un livre, l'index écarté et tendu. Geste professionnel qui prouvait hautement que le Saint-Père autorisait notre homme à pratiquer le toucher vaginal.

Ordonné prêtre à vingt-quatre ans, Carlo Musitano était allé étudier la médecine à Naples. Tout de suite, il se consacra à l'étude spéciale des maladies vénériennes et des maladies de femmes. Pourquoi ce choix ? Attrait du fruit défendu ? Peut-être. En tous cas, si défendu fût-il, il semble bien qu'il ait été cueilli. Dans les pages qu'il consacre à la stérilité, Carlo Musitano donne au mari qui veut multiplier, selon les vœux du Seigneur, des conseils qui témoignent d'une expérience consommée en la matière. La femme sera disposée à l'acte sexuel par la lecture d'histoires d'amour; rien d'actif comme cette préparation verbale; le piment de quelque caresse digitale par là-dessus et voilà la femme pâmée dans les bras de l'époux. Celui-ci, maître de sa conquête, ne se pressera pas; il s'agit de résister à la fougue de l'instinct, et calme, réfléchi, en acteur qui calcule l'étendue de son geste, notre homme observera à la lettre les manœuvres essentielles et pénétrantes que notre curé recommande en latin et que la bienséance nous empêche de transcrire en français.

Carlo Musitano vécut très vieux : il mourut à soixante-dix-neuf ans, pleuré des gens de bien. Les pauvres surtout étaient inconsolables : les conseils du brave curé ne leur coûtaient rien; et rentrés chez eux, dans l'intimité conjugale, ils les suivaient, avec attendrissement, ces excellents conseils, sans être tenus de courir chez l'apothicaire.

II

Ils trouvaient dans les champs nombre de remèdes ordonnés : bryone, armoise, sauge, matricaire ; une infusion du mélange et le tout était versé dans un bain où ils trempaient leur compagne. Car, à côté des manœuvres de l'époux, il y avait les bains, souverains contre la stérilité. Il y avait même encore des électuaires avec pistache, gingembre, poivre, moutarde, cinnamome. Influence morale de la lecture, influence physique des bains et des condiments, comment l'appétit vénérien n'eût-il pas été excité ? Et par les rues de Naples couraient des petits gamins dont les parents bénissaient Carlo Musitano.

Les jeunes filles, tant ignorantes qu'elles fussent des plaisirs du mariage, et du charme dont notre docteur les assaisonnait, les jeunes filles aussi vouaient un culte à Carlo Musitano ; car il les guérissait de la chlorose avec un succès sans précédent.

La chlorose provient d'une double cause : une pituite trop acide ou visqueuse et une sécrétion vicieuse de l'utérus. Les troubles pituitaires seront combattus par le régime : aliments de digestion facile; ni fruits, ni légumes, ni poissons, ni lait. Les aliments seront aromatisés avec de l'hysope, de la sauge, du romarin, de la cinnamome. Manière ingénieuse de traiter ce que nous appelons aujourd'hui l'hypochlorhydrie de la chlorose. Le pain sera bien fermenté et la malade évitera toute fatigue.

La sécrétion empoisonnée de l'utérus se mêle au sang : elle réclame l'usage des évacuants et d'un antidote : le fer. On prescrira des lavements, des laxatifs ; le fer sera associé à la rhubarbe, à la bryone, aux feuilles de séné ; on y joindra des amers, quassia, écorces d'oranges, le tout sous forme d'électuaires, de pilules, de vins médicamenteux.

Si les jeunes filles adoraient Carlo Musitano, quelles actions de grâce ne lui rendaient pas les nymphomanes ! Pauvres pécheresses en proie à la fureur utérine, elles n'étaient plus réduites à implorer soulagement auprès du premier manant recruté dans la rue. Musitano leur procurait un époux robuste qui satisfaisait à leurs désirs, en docilité consentante et vaillamment prête. Toute bonne volonté méritant récompense, la tâche du pauvre diable était allégée par la sollicitude constamment en éveil du sympathique docteur : il y avait moyen, n'est-ce pas, de laisser souffler le mari. On soumettait donc sa compagne à un régime réfrigérant : pas de vin, pas d'épices, pas de viandes ; une sobriété monacale, comme on voit ; mais ce n'était pas tout : des saignées, des décoctions de semences de laitue, feuilles de saule, nymphæa, édulcorées avec du sirop de violettes achevaient d'éteindre l'ardeur de la Lucrèce, en sorte que l'époux eut le loisir de s'éponger le front de temps à autre.

Que le contre-temps provenant d'un écoulement urétbral empêchât l'homme de remplir son devoir conjugal, rien de plus simple qu'une guérison rapide : des injections avec deux gros de calomel dans huit onces de plantain et bien vite, le malade, au canal propice, redevenait apte à ses fonctions apaisantes de procréateur selon l'Eternel.

De même, pour la syphilis : grâce au gaïac et au mercure, le mal ne traîne pas en longueur ; mais que le médecin ne saigne pas, la saignée est dangereuse.

Faut-il que le péché originel ait été grave pour que le Seigneur ait ainsi déchaîné sa vindicte sur l'humanité : placer la vérole dans les bras de la femme aimée — car elle a existé de tout temps, la vérole ; quelle illusion de s'imaginer qu'elle a été importée d'Amérique ! aucun de ses symptômes qui n'ait été décrit par Celse, Galien ou Avicenne.

Carlo Musitano était décidément gynécologue bienfaisant et syphiligraphe judicieux ; de plus il possédait un esprit philosophique qui lui dévoilait bien des mystères.

Pourquoi la femme a-t-elle ses règles et les animaux pas ? C'est que les animaux sécrètent une bile très chaude qui purge le sang des matières impures ; car il il est impur. le sang menstruel, chargé qu'il est d'éliminer toutes sortes de poisons formés dans le corps. Les femmes à bile très chaude se rapprochent des animaux ; elles sont mal réglées au cas où elles le sont. Exemple : les femmes poilues, birsutes, les femmes à barbe.

III

Très libéral, le pape Clément IX qui défendait Carlo Musitano contre ses ennemis ! Cet esprit large a plus d'une fois bonoré la papauté et la médecine en a profité plus qu'on ne s'en souvient. Nous abandonnons Carlo Musitano : son originalité médicale n'a pas été telle qu'elle ne puisse disparaître sans créer une lacune dans la science.

Mais Fracastor, Baglivi, Lancisi, d'autres encore ont été protégés par les souverains pontifes et, sous le couvert de cette tutelle, ont imposé leur nom.

Après le recul que les premiers siècles de l'ère chrétienne avaient fait subir à la médecine, c'était sans doute le moins que les papes eussent cherché à réparer le temps perdu. Leur intervention bienveillante prouve que le catbolicisme ne prend pas forcément ombrage des progrès de la science Et si celle-ci s'est trouvée en si lamentable posture pendant le moyen âge, peut-être en faut-il surtout accuser les invasions de barbares, parallèles à l'avènement du christianisme. Tout le moyen âge a porté le poids des guerres entre nations neuves et stupides.

Prier avait rendu les gens insouciants de leurs corps, soit ; mais ce n'est pas sur les ruines de la civilisation romaine, alors qu'un nouveau monde s'ébauchait avec peine, que l'intelligence pouvait prendre son vol et saisir quelque chose aux spéculations scientifiques. Le cliquetis des armures n'est pas favorable à la méditation. De cela, le christianisme n'en pouvait mais.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la valeur nutritive du lait stérilisé.

Par M. Rodet.

M. Duclaux a consacré, il y a quelques mois, une de ses intéressantes revues des *Annales de l'Institut Pasteur* à la question controversée de la valeur digestive et nutritive du lait stérilisé. Il analyse plusieurs travaux étrangers dont les auteurs se sont proposé de chercher si la stérilisation par la chaleur amoindrit l'utilisation alimentaire des divers principes du lait. La méthode générale suivie dans ces travaux consistait, après avoir dosé la matière azotée (ou la matière grasse) du lait ingéré, à doser l'azote total (ou la graisse) dans les matières fécales ou simultanément dans ces matières et dans l'urine, avec la prétention d'en conclure dans quelle proportion la matière alimentaire est digérée et absorbée, quelle est, tant pour la matière azotée que pour la matière grasse, la part soustraite à la digestion et la part utilisée, cela étant fait comparativement avec le lait cru et avec le lait stérilisé. M. Duclaux soumet cette méthode à une critique serrée et pleinement justifiée. — La composition chimique des matières fécales, même rapprochée de l'urine, ne suffit pas réellement à donner un renseignement précis sur le degré d'utilisation de la matière alimentaire. l'azote total des matières fécales ne représentant pas exactement la part de l'azote non utilisée par l'appareil digestif, l'azote total de l'urine répondant moins encore à la part utilisée : des facteurs multiples compliquent le problème, et particulièrement l'état du poids, croissant, stationnaire ou décroissant, de l'animal en expérience, dont il est impossible de tenir un compte rigoureux en abordant le problème de cette manière.

J'ai cherché à juger expérimentalement la valeur nutritive du lait stérilisé, par une méthode tout à fait différente. Cette méthode consiste à nourrir de jeunes animaux en croissance exclusivement avec du lait, cru ou bouilli, et à déterminer, par une série de pesées, l'accroissement de poids, tant absolu que proportionnelle à la quantité du lait.

Quatre jeunes chiens, de la même portée, âgés de cinq ou six semaines, formèrent deux lots : le lot A (chiens I et II) reçut du lait de vache cru, légèrement tiède ; le lot B (chiens III et IV), le même lait, soumis à une courte ébullition ; le volume du lait administré par jour étant d'ailleurs pour chaque lot rigoureusement égal. J'adjoignis à ces quatre animaux un cinquième chien (V), environ du même âge, de race plus grosse, qui reçut le même lait soumis à une ébullition plus ou moins soutenue et privé de la couche complexe concrétée à sa surface par un lent refroidissement. Enfin, un sixième chien en croissance, mais un peu plus âgé, reçut du lait soumis, au moment d'être donné, à une courte ébullition, comme les cbiens III et IV.

L'expérience dura plusieurs semaines. On fit une série de pesées, par lesquelles on évalua l'accroissement graduel du poids de chaque animal.

Il est surtout intéressant de considérer ce qui se passa pour les lots A et B, composés de chiens de la même portée. Le lot B, nourri de lait bouilli, pesait, au début de l'expérience, sensiblement moins que le lot A, alimenté au lait cru. Après une période un peu indécise, l'accroissement du premier ne tarda pas à dépasser celui de l'autre, la différence de poids alla en diminuant graduellement, et finalement, les deux chiens nourris de lait bouilli pesèrent plus que leurs frères. Ces données sont précisées dans le tableau 1.

Tableau n° 1.

	LOT A (chiens I et II réunis) *Lait cru.*		LOT B (chiens III et IV réunis) *Lait bouilli.*	
Volume du lait par jour	1200 cent. cubes.		1200 cent. cubes.	
Poids du début de la période	1592 grammes.		1468 grammes.	
Poids à la fin de la période	2608	—	2638	—
Accroissement absolu :				
Pour 31 jours	1016	—	1170	—
Par jour	32.5	—	37.7	—
Accroissement proportionnel au poids du début de la période	638 0/00		796 0/00	

Par conséquent, chez ces animaux de la même portée, non seulement le lait bouilli n'a pas déterminé un déficit relatif, mais il a même procuré un accroissement sensiblement supérieur.

Le chien V, dont le lait était soumis à une ébullition soutenue, pesait au début de la même période 3,397 grammes. Il s'accrut en un mois de 938 grammes, soit 30 grammes par jour, accroissement absolu correspondant à un accroissement proportionnel (p. 1000 du début de la période) de 276.

Le chien VI, qui recevait le lait soumis à une courte ébullition, comme le lot B, pesait, au début de la même période, 2,155 grammes. Après un mois, il s'était accru de 1,132 grammes, soit 36 grammes par jour, ou 525 p. 1000.

Ces derniers chiffres ne sont pas directement comparables à ceux qui concernent les deux premiers lots : d'abord, parce que les chiens V et VI étaient un peu plus avancés en âge ; en second lieu, parce qu'ils recevaient une quantité de nourriture moindre relativement à leur poids (1,300 centimètres cubes par jour pour chacun). Malgré cela, j'ai cru pouvoir tirer parti des résultats donnés par ces deux animaux, en rapprochant l'accroissement rapporté au poids initial et la quantité d'aliment également rapportée au poids ; en d'autres termes, en faisant le rapport de l'accroissement de l'unité de poids à l'alimentation de l'unité de poids, ou plus simplement, ce qui revient tout à fait au même (car $\frac{A}{P} : \frac{V}{P} = \frac{A}{V}$), le rapports de l'accroissement absolu (A) à la quantité absolue d'aliment V.

Tableau n° 2.

	RAPPORT DE L'ACCROISSEMENT ABSOLU pendant une période de trois semaines à la quantité quotidienne du lait.
Lot A (*lait cru*)	0.61
Lot B (*lait bouilli*)	0.68
Chien V (*lait bouilli*)	0.61
Chien VI (*lait bouilli*)	0.62

On voit que ces rapports présentent fort peu d'écart, et que le plus élevé concerne un lot (B) nourri de lait bouilli.

Les chiens V et VI (lait bouilli), quoique n'étant pas de la même portée, ont des rapports presque identiques, le dernier égal à celui du lot A (lait cru), l'autre à peine inférieur. L'animal (V) qui recevait le lait soumis à une ébullition soutenue à l'air libre et privé de la couche complexe qui en résulte, à mon sens, au moins aussi bien utilisé que le VI et que les chiens du lot A, malgré que le rapport qui le concerne soit très légèrement inférieur ; attendu que le calcul montre que ce chien recevait moins d'aliments, non seulement relativement à son poids, mais même relativement à sa surface, et je pense que, pour un animal en croissance, moins il reçoit d'aliments relativement à sa surface (c'est-à-dire à l'intensité de ses combustions), toutes choses égales d'ailleurs, plus petite doit être la part de l'aliment employée à l'accroissement, plus faible par conséquent doit être le rapport entre l'accroissement absolu et la quantité d'aliment.

Il est juste de prêter surtout attention aux rapports fournis par les lots A et B, de la même portée : les nombres qui les concernent sont très significatifs. On voit que le rapport de l'accroissement absolu au volume quotidien du lait est très notablement supérieur pour le lait bouilli, c'est-à-dire que ce dernier lait a mieux été utilisé que le lait cru. Peut-être ce faible avantage était-il dû à la légère concentration déterminée par l'ébullition (le volume du lait étant mesuré après le chauffage), quoiqu'elle ait dû être bien minime, puisque l'ébullition n'était pas maintenue. Quelle qu'en soit la cause, je peux conclure, au point de vue pratique, que le lait soumis à la température de l'eau bouillante, tout au moins celui qui ne subissait qu'une courte ébullition (lot B, chien VI), s'est montré, dans cette expérience, doué d'une valeur nutritive au moins égale à celle du lait cru.

(*Comptes rendus hebd. Soc. de Biol.*)

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

La chirurgie cérébrale en Amérique (1).

Après une phase d'enthousiasme exagéré, de leur propre aveu, les auteurs américains semblent revenus à une plus juste appréciation des choses en ce qui concerne la chirurgie cérébrale, à en juger par deux récents articles parus à ce sujet dans le *Medical News*.

Le docteur Edwin Gaillard Mason base son article sur une statistique de 70 cas réunis par lui dans la littérature américaine et il arrive à des conclusions des plus modérées, quant aux interventions pour les cas d'épilepsie, qui font le sujet principal de son travail.

Il constate d'abord l'emballement avec lequel les chirurgiens de son pays se sont rués sur les crânes des épileptiques, après que l'avènement de l'antisepsie en chirurgie et les progrès des localisations cérébrales eurent ouvert la voie aux interventions sur le cerveau. Heureusement cet emballement n'a pas été suivi ; comme pour tant d'autres choses en médecine, d'une période de réaction trop accentuée, et grâce à un certain nombre de faits heureux et bien prouvés, l'intervention opératoire dans l'épilep-

(1) De la valeur de l'intervention opératoire dans le traitement de l'épilepsie. — Etude basée sur une analyse de 70 cas pris dans la littérature contemporaine par Edwin Gaillard Mason, de New-York (*Medical News*, 21 mars 1896).
— Résumé critique des progrès récents en chirurgie cérébrale, par Andrew J. Mc Cosh (*Medical News*, 18 avril 1896).

sie, limitée surtout à la trépanation, reste et restera une opération légitime et qui devra être tentée dans certains cas bien définis. Opérer dans des cas bien définis, tel est selon lui le grand point, et à ce propos, il constate avec plaisir, en compulsant les observations, combien, à mesure que l'on approche de l'époque actuelle, le ton de ces observations change. A des travaux mal faits, rapportant des cas confus et mal observés, suivis de guérisons trop hâtivement proclamées, en succèdent d'autres plus sérieux, plus étudiés, plus consciencieux et dans lesquels l'amélioration ou la guérison ne sont reconnues qu'à bon escient et après qu'un temps suffisant s'est écoulé depuis l'intervention opératoire. On tend à une critique plus rigoureuse et plus loyale des faits; après avoir vu tout clair et tout facile, on reconnaît qu'il n'en est pas ainsi et on cherche à déterminer quels sont les cas réellement justiciables d'une intervention; nul doute que la clinique ainsi faite, avec l'aide de la physiologie expérimentale et de la chirurgie, ne parvienne à poser nettement les indications opératoires. Et ce sera là un grand bien, car nombre d'épileptiques ont été trépanés à tort et à travers, et sans que l'on pût être en droit d'espérer la moindre amélioration.

La plupart des statistiques actuellement existantes sont faussées pour bien des raisons, en particulier à cause du laps de temps insuffisamment écoulé entre l'intervention et la proclamation de la guérison. Il y a même plus : en admettant la légitimité des guérisons post-opératoires, on est en droit de se demander jusqu'à quel point cette guérison est la conséquence de l'intervention sur le cerveau, car il ne faut pas perdre de vue ce fait que dans l'épilepsie il y a fréquemment des rémissions spontanées; qu'un changement de traitement, si insignifiant soit-il, peut être suivi d'une rémission dans les crises et enfin qu'un changement de milieu, une opération quelconque sur quelque partie du corps que ce soit, peuvent arriver au même résultat.

Le tableau statistique du docteur Mason comprend 44 cas réunis par lui pour l'article sur l'épilepsie dans « les maladies nerveuses par les auteurs américains » du professeur Landon Carter Gray, auxquels il a ajouté 26 cas pris au hasard dans les journaux médicaux, ce qui fait 70 cas en tout. Dans ce tableau, ont été regardés comme guéris tous les cas dans lesquels il n'y a pas eu récidive des crises dans les trois ans qui ont suivi l'opération.

Avec ceci comme base, on trouve les résultats suivants :

Guéris	3
Améliorés	6
Pas d'amélioration	14
Mort due à l'opération	3
Amélioration ; retour des crises; affection maligne du cerveau	1
Cessation des crises un an après l'opération, mais avec administration des bromures	2
Amélioration temporaire. Temps d'observation non mentionné	3
Temps d'observation post-opératoire insuffisant pour la valeur statistique	38

Ainsi donc, après examen soigneux de ces cas, et après avoir invariablement accordé le bénéfice du doute à l'auteur, on ne trouve que 3 guérisons certaines (4.3 0/0) et une amélioration durant plus d'un an dans 6 cas (8.6 0/0), pendant qu'il y a eu défaut incontestable d'amélioration dans 14 cas (20 0/0). Ce ne sont certes pas là des résultats bien brillants, car le pourcentage des guérisons et améliorations réunies dépasse à peine la moitié de celui des non-améliorations. Enfin, dans 38 cas (54.4 0/0) le temps d'observation après l'opération a été insuffisant pour justifier une opinion fermé.

Après donc l'examen de ce tableau, une question se pose, qui a bien sa valeur : « Jusqu'à quel point une amélioration probable justifie-t-elle une opération aussi sérieuse que la trépanation? » Cette question fera sans doute hausser les épaules de certains chirurgiens qui considèrent la trépanation comme anodine pourvu qu'elle soit pratiquée antiseptiquement.

Il y a cependant une réponse toute prête, et le tableau lui-même la fournira par son pointage qui indique 3 morts, soit 4.3 0/0, directement imputables à l'intervention. Ce n'est pas là, semble-t-il, une mortalité négligeable pour une opération anodine.

D'autres renseignements peuvent se déduire de l'examen de ce tableau et ce sont : ne jamais décider hâtivement une opération; prendre en sérieuse considération l'entourage du malade et sa position dans la vie; considérer jusqu'à quel point son épilepsie l'entrave dans l'accomplissement des devoirs de la vie; quels ont été ou quels peuvent être les effets du traitement médical; alors, seulement, si c'est un cas opérable et que l'on soit en droit d'attendre de sérieux bénéfices de l'intervention, surpassant les risques encourus, opérer.

D'après les cas non favorables relatés dans ce tableau, si restreint comme nombre, on peut se faire une idée de la quantité de gens qui ont été opérés à tort et sans qu'il y eût lieu d'espérer aucun bénéfice.

Le pourcentage des guérisons et des améliorations est faible, mais si petit qu'il soit, il ne doit pas être décourageant et l'on ne doit pas penser un seul instant à abandonner l'intervention. On doit seulement chercher à choisir plus judicieusement les cas opérables et, en agissant ainsi, on ne pourra que gagner sous tous rapports. Pour y arriver, on se trouvera bien d'observer quelques principes généraux, tels que les suivants :

1° Toujours considérer une crise épileptique comme le symptôme d'un état morbide; 2° s'enquérir particulièrement et très soigneusement de la première convulsion : quelle était sa cause excitante apparente; quel était son caractère : généralisée ou affectant seulement certaines parties du corps, et quelle partie du corps, en ce cas, était affectée au commencement de la crise; 3° s'il y a eu une aura, la chercher soigneusement et ne pas déterminer à la légère le siège de la lésion; 4° s'il y a eu un traumatisme ou un soupçon de traumatisme, raser la tête et regarder avec soin s'il y a une cicatrice ou une dépression. S'il y a traces d'un traumatisme dans une région correspondant aux symptômes initiaux de la crise, une opération est généralement justifiée; 5° si on ne peut obtenir une histoire nette du cas, donner un remède anodin et placer le malade sous une surveillance compétente jusqu'à ce qu'on soit fixé soi-même sur le caractère des crises; 6° ne pas opérer un enfant porencéphalique et attendre pour traiter l'épilepsie; agir de même dans les cas d'épilepsie post-hémiplégique chez l'enfant; 7° ne pas opérer un vieil épileptique victime d'épilepsie idiopathique avec crises datant de plusieurs années.

L'article du docteur Andrew J. Mc Cosh n'est en somme qu'un résumé critique de la discussion qui eut lieu au récent Congrès de la Société de l'Etat de New-York et porte sur la chirurgie cérébrale en général, et non pas seulement sur le traitement chirurgical de l'épilepsie. Les conclusions de cette discussion, dit l'auteur, ne sont pas pour encourager beaucoup les enthousiastes de cette branche de la chirurgie, et elles ont une certaine valeur, en

tant que représentant l'opinion motivée de plusienrs des plus éminents neurologistes américains. Comme le docteur Mason, le docteur Mc Cosh pense qu'il faut limiter l'intervention opératoire à des cas bien définis et mieux choisis qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. « Les difficultés d'un diagnostic précis devront inciter le clinicien à une observation plus soigneuse et à une classification plus exacte des symptômes caractéristiques de chaque cas, afin d'arriver à nne opinion plus sévèrement exacte quant à la possibilité d'une amélioration par les procédés opératoires. » Actuellement, il n'y a qu'un petit nombre des malades atteints d'une affection cérébrale qui peuvent être guéris par une intervention chirurgicale. Les résultats les plus favorables ont été obtenus dans les abcès, suites de maladies de l'oreille, et dans les thromboses des sinus. Quelques brillants résultats ont suivi des interventions pour épilepsie jacksonienne suite de traumatismes, mais de tels cas sont exceptionnels.

L'incertitude du diagnostic est seulement une des raisons qui expliquent ces résultats peu encourageants; il en est d'autres encore, plus puissantes : la première, le caractère des lésions; la seconde, leur inaccessibilité ; la troisième, l'impossibilité de leur ablation sans qu'elles soient remplacées par une autre lésion d'une gravité égale, sinon supérieure.

Beaucoup de tumeurs cérébrales sont malignes ou tuberculeuses. Les difficultés qui entourent l'ablation d'un cancer dans les autres régions s'appliquent à plus forte raison aux tumeurs cérébrales de cette nature, et aussi, quoiqu'à un moindre degré, aux tumeurs tuberculeuses. D'après la monographie de Bergmann (1889) sur les tumeurs tuberculeuses du cerveau, on n'était guère porté à l'intervention chirurgicale, à cause de l'extension aux méninges du processus bacillaire pendant les suites opératoires et causant une méningite fatale, et aussi à cause des récidives qui se produisaient presque toujours. Récemment, toutefois, on est un peu revenu sur ce pessimisme et Krœnlein rapporte quinze cas d'opérations suivies de quatre guérisons définitives et de deux améliorations temporaires. Il y eut, il est vrai, sept morts par suite de l'opération. Ces cas restent toutefois exceptionnels, car la plupart du temps les lésions tuberculeuses générales de l'organisme concomitantes sont une contre-indication formelle à toute opération. La même chose s'applique à peu de chose près aux tumeurs malignes.

L'inaccessibilité de la tumeur empêchera toujours les résultats favorables de se multiplier; les tumeurs de la base sont inaccessibles; quant aux tumeurs sous-corticales, les délabrements nécessités pour leur ablation sont presque aussi nuisibles que la tumeur elle-même.

Starr a fait une statistique très complètes de toutes les opérations pour tumeurs cérébrales. Jusqu'à 1896, il a réuni 162 cas. Dans 48 cas, la tumeur ne fut pas trouvée par l'opérateur ; dans 7 cas, elle fut trouvée, mais ne put être enlevée; dans 107 cas, la tumeur fut trouvée et enlevée. 72 de ces malades guérirent et 35 moururent, mortalité qui n'est pas excessive, eu égard à la nature peu favorable des cas.

Pour l'épilepsie les résultats ont été peu encourageants. Dans ces cas on ne peut attendre de hons résultats de l'opération que quand il y a une tumeur visible, bien limitée et facile à enlever, et de tels cas sont rares. On ne peut guère compter sur des résultats favorables que lorsqu'il y a une lésion irritative quelconque comprimant le cerveau, à condition que l'on n'attende pas trop longtemps pour opérer. Les cas d'épilepsie jacksonienne à antécédents traumatiques sont ceux qui ont fourni les plus beaux résultats.

Il faut toujours attendre qu'un temps suffisant se soit écoulé avant de proclamer la guérison.

Il ne s'ensuit pas toutefois que l'on ne doive tenter l'intervention opératoire que dans les cas restreints où il y a lien de compter sur une guérison, car souvent, alors même que l'on ne peut espérer la guérison radicale, une opération palliative remédiant à l'excès de pression intra-crânienne peut rendre de grands services en produisant une détente appréciable dans l'état symptomatique.

Quant à la technique opératoire, elle varie avec chaque chirurgien et aussi avec l'habileté et l'expérience de l'opérateur. L'ouverture du crâne à l'aide de couronnes de trépan est encore très employée. Horsley arrive à une rapidité plus grande, surtont quand une grande ouverture est nécessaire, à l'aide d'une scie ordinaire à amputations, mais ce procédé est très délicat et demande une grande habitude. Ces deux procédés comportent une résection définitive d'une partie de la boîte osseuse. Pour éviter ce fait que certains considèrent comme un inconvénient, on peut avoir recours au procédé dit du volet, qui consiste à tailler dans le crâne un lambeau osseux pédiculé, dont on brise ensuite le pédicule pour le rabattre. Pour tailler le volet, on peut se servir du ciseau et du maillet, mais cela expose au shock et à la commotion cérébrale; de plus, cela est lent. On aura avantage à se servir de la scie à main comme Horsley, ou d'une scie circulaire mue soit à l'aide d'un tour, soit à l'aide d'un petit moteur électrique.

Le procédé du volet, d'après Horsley, est inutile, car il n'y a que peu ou point d'inconvénients à laisser une brèche dans la voûte osseuse. Toutefois il est plus satisfaisant pour l'esprit, et c'est peut-être ce qui explique sa vogue actuelle et l'extension qu'il a prise dans ces derniers temps. Se prononcer pour l'un ou pour l'autre de ces procédés serait cependant prématuré et il faut attendre encore pour savoir lequel des deux mérite la préférence.

A. Termet.

(Archives générales de médecine.)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Sur l'extirpation du ganglion de Gasser et la physiologie du trijumeau.

M. Krause (*Ass. des méd. de Hambourg*, octobre 1895) rapporte six cas d'extirpation du ganglion et discute, à ce propos, plusieurs points de la physiologie du trijumeau. L'anesthésie est complète dans le territoire de distribution de ce nerf, mais les limites n'en sont pas les mêmes chez les différents sujets. Il y a à cela une raison anatomique très bien représentée dans l'atlas de Fritz Frohse, de Berlin.

On n'a pas observé de troubles trophiques au niveau de la muqueuse buccale ni au niveau de l'œil, bien que ce dernier, par suite de son anesthésie, soit plus exposé aux blessures et que la cornée ne soit plus protégée. Il n'y a pas non plus de modifications appréciables de la pupille ; au contraire, la sécrétion des larmes a été diminuée, du côté opéré, dans tous les cas, mais à un degré variable.

La dernière opérée, femme de 36 ans, depuis l'extirpation du ganglion, ne verse, lorsqu'elle pleure, des larmes que du côté sain et l'œil, de ce côté, devient rouge comme d'ordinaire ; du côté malade, l'œil reste non congestionné et ne sécrète aucune larme. A l'état normal, on ne remarque aucune différence dans le degré d'humidité des deux yeux.

Goldzieber a prétendu que c'était le facial qui commandait la sécrétion lacrymale. Des faisceaux nerveux du facial vont de son ganglion géniculé par le grand nerf pétreux superficiel au ganglion sphéno-palatin et, par là, à la deuxième branche du trijumeau qui, par son rameau sous-cutané malaire, innerve la glande lacrymale. Les cas de Krause, avec leur action sur la sécrétion des larmes, semblent parler contre cette opinion, mais on peut admettre, avec W. Francke, que, pendant l'extirpation du ganglion de Gasser, on doit détacher la dure-mère de la base du crâne et que l'on peut ainsi blesser le grand nerf pétreux superficiel qui se trouve situé près du ganglion de Gasser et près du tronc du trijumeau.

Krause pense, de plus, que, par suite de la formation de cicatrices, ce nerf pourrait être peu à peu comprimé : il semble qu'il en ait été ainsi dans un cas où, à la suite de la résection intracrânienne de la troisième branche du trijumeau, la sécrétion des larmes ne fut nullement influencée au début, mais se trouva fortement diminuée dans la suite.

Quant au goût, les résultats varient suivant les sujets ; mais toujours le trijumeau a paru renfermer des faisceaux qui recueillent certaines sensations gustatives, comme les saveurs douces, aigres et salées. Ces faisceaux se distribuent à la pointe et aux deux tiers antérieurs de la langue.

L'odorat appartient, certes, à l'olfactif; cependant, le trijumeau y participe, car, chez tous les opérés, sauf un, l'odorat a été diminué du côté correspondant.

Sur l'emploi de grands lambeaux de peau non pédiculés pour autoplasties.

M. Krause. — Les greffes de Thiersch ne peuvent être surpassées ; par leur simplicité et leur sûreté elles suffisent partout où l'on ne demande pas aux cicatrices une trop grande résistance, mais, dans les régions exposées, comme au pied, à la jambe ou à la main, surtout quand on fait des greffes directement sur les os (en particulier pour les ulcères de jambe, étendus, circulaires) il se produit souvent des solutions de continuité et de nouvelles ulcérations. C'est pourquoi Krause emploie dans ces cas, d'après la méthode de J. Wolfe (Glasgow), de grands lambeaux de peau non pédiculés et débarrassés de leur tissu cellulaire.

Ce procédé, perfectionné par Krause et employé par lui dans quarante-sept cas, donne, la plupart du temps, un revêtement cutané qui ne diffère de la peau normale, ni comme consistance, ni comme couleur.

Pour réussir d'une façon certaine, trois choses sont nécessaires :

1° Asepsie absolue ;

2° Opérer complètement à sec (la solution salée physiologique elle-même ne doit pas être employée) ;

3° Préparer soigneusement le terrain sur lequel on veut transplanter.

Lusk emploie soit l'épiderme soulevé par la sérosité après action du vésicatoire, soit des cellules épithéliales exfoliées et prétend avoir toujours obtenu ainsi de très beaux résultats.

Nouvelle méthode de vaginofixation de l'utérus en avant.

M. T. Wertheim (*Central-Blatt für Gynecologie*, mars 1896). — Les troubles de la grossesse occasionnés par la ventro- ou la vaginofixation de l'utérus ont engagé Wertheim à fixer au vagin non le corps utérin, mais les ligaments ronds. Voici la technique de l'opération :

1° Ouverture transversale, aussi large que possible, du repli vésico-utérin ;

2° On attire l'utérus en avant; on met à nu les ligaments ronds et on les fixe, en les nouant, d'abord d'un côté, puis de l'autre ;

3° Fixation des ligaments ronds ainsi noués, puis fermeture.

Pour la fixation seulement péritonéale, les deux extrémités de la ligne de suture du repli incisé transversalement doivent comprendre les ligaments ronds. Si l'on veut une fixation plus solide, on peut resuturer encore à la paroi vaginale les lèvres du repli déjà suturé ; on peut aussi fixer directement à la paroi du vagin les fils fixateurs de l'utérus.

La possibilité de rendre par cette incision du repli vésico-utérin les ligaments ronds accessibles sur une étendue de 7 à 8 centimètres a, de plus, suggéré à Wertheim l'idée de pratiquer le raccourcissement de ces ligaments par le vagin. Cette opération a, sur la vaginofixation des ligaments ronds, les avantages suivants :

1° La vessie, après l'opération, se trouve dans sa situation normale ;

2° L'extension des ligaments, en cas de grossesse, n'est pas gênée ;

3° L'utérus est ainsi non seulement placé en antéversion, mais il est, en même temps, élevé.

D'après Wertheim, elle a, sur l'opération d'Alexander-Adam, l'avantage :

1° Qu'elle ne laisse pas de cicatrice extérieure ;

2° Que les ligaments ronds, là où ils naissent de l'utérus, sont des cordons bien nets, ordinairement très faciles à trouver ;

3° Qu'à l'occasion elle peut être aussi employée pour les rétrodéviations fixées.

Sur les effets des inhalations prolongées d'éther.

Pour juger des dangers liés à l'anesthésie chloroformique, on ne considère généralement que les accidents survenant soit pendant, soit immédiatement après la narcose.

Différents auteurs ont, depuis longtemps déjà, fait cependant cette remarque que, sur des animaux soumis à une chloroformisation de longue durée, on peut constater des altérations considérables des tissus et surtout une dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque.

Dans ces derniers temps, **Frænkel** (*Archives de Wirchow*, 127 et 129) a publié plusieurs examens de sujets soumis à une chloroformisation prolongée, mais morts longtemps après.

Dans ces cas, les recherches anatomiques ont montré des transformations très nettes et en partie graves des organes vitaux, altérations qui, de l'avis de l'auteur, doivent être rapportées aux inhalations de chloroforme.

Selbach a recherché comment l'éther se comporte sous ce rapport.

Dans une série d'expériences, des chiens, des lapins, des chats, furent soumis à des inhalations d'éther de longue durée, plus ou moins répétées et tués ou pendant la narcose ou quelque temps après. Dans aucun cas, on n'a vu de transformations considérables des tissus pouvant être attribuées à l'action de l'éther, de sorte que Selbach conclut de ses recherches que la dégénérescence graisseuse des tissus par l'éthérisation, si elle se produit parfois, ne saurait être importante. Le danger de suites mortelles après éthérisation prolongée est donc moindre que pour une chloroformisation de longue durée.

Un cas de fracture de la colonne lombaire.

M. Enderden (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1896, vol. XLIII, p. 329) rapporte le cas d'un homme de 30 ans, qui fit, le 28 mai 1894, une chute d'une hauteur de vingt mètres, pendant laquelle il glissa plutôt le long d'une échelle que son dos avait heurtée et il vint retomber sur ses pieds.

On vit, le lendemain, le long de la colonne vertébrale, deux saillies très douloureuses à la pression, l'une à la hauteur de la sixième vertèbre dorsale, l'autre au niveau de la première vertèbre lombaire. Ce malade ne présentait pas de paralysie des membres inférieurs ni des sphincters, mais il avait de l'anesthésie à la face postérieure des cuisses, au périnée, au scrotum, au pénis et aux fesses.

Deux jours plus tard, incontinence d'urine et des matières fécales. Plus tard enfin, atrophie des muscles des cuisses qui commençaient à présenter les signes de la réaction de dégénérescence. Il y eut aussi des escbares au niveau du sacrum et des trochanters.

Finalement, le malade est mort six mois après sa chute et, dans l'intervalle, il a successivement présenté une fracture compliquée du tarse gauche au moment même de l'accident, laquelle nécessita l'amputation de la jambe, un érysipèle de la cuisse gauche, une synovite purulente du dos de la main droite, une suppuration des articulations du pied droit qui nécessita aussi une amputation de la jambe droite.

L'autopsie du malade a montré qu'il y avait une fracture double de la colonne vertébrale : tout d'abord une fracture du corps de la sixième vertèbre dorsale et du corps de la première lombaire. Aux deux foyers de fracture il existait un rétrécissement du canal vertébral, produit par la saillie du corps de la vertèbre fracturée. A ce niveau, la dure-mère était adhérente à la paroi osseuse du canal, mais la moelle n'était nullement comprimée et il n'existait aucune modification de sa consistance.

On a encore trouvé, en autopsiant ce malade, de la tuberculose du poumon, de la cystite, une tuméfaction de la rate et des cicatrice dans les reins.

L'examen histologique de la moelle a montré des lésions de myélite transverse avec absence des cylindres-axes et accumulation de granulation graisseuses. Ces lésions siégeaient à partir de la deuxième paire sacrée. Une pigmentation hématique des méninges et de la moelle démontrait l'origine traumatique de la lésion. Les principales lésions de dégénérescence se trouvaient dans la moitié postérieure du cône médullaire, y compris les racines. Dans la moelle lombaire, les lésions étaient limitées aux cordons postérieurs ; dans la moelle dorsale, aux cordons de Goll.

Aurait-il été utile de faire la trépanation dans le cas dont il s'agit? Enderden pense que non. Il s'agissait, en effet, de lésions médullaires primitives relevant d'un traumatisme de la moelle plutôt que d'une compression.

En admettant, enfin, que l'épanchement de sang autour de la moelle eût existé et eût comprimé cette dernière, on était en droit d'attendre, car ou bien l'épanchement aurait été minime et il se serait résorbé seul, ou bien cet épanchement était considérable et alors il eût été impossible de l'évacuer par l'orifice de la trépanation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août.

L'aïnhum et la lèpre.

M. H. de Brun (de Beyrouth). — Je ne partage pas l'opinion que M. Zambaco a émise dans une précédente séance, et avec la grande majorité des auteurs, j'admets que l'aïnhum et la lèpre constituent deux maladies bien distinctes l'une de l'autre. Quelques cas de mutilation aïnhoïde dans la lèpre, quelques rares cas d'aïnhum avec trouble trophique concomitants sont les principaux arguments que les unicistes font valoir.

Pour moi, ces arguments n'ont qu'une valeur médiocre En effet, d'une part, les cas de constriction circulaire dans la lèpre sont excessivement rares, et, d'autre part, ils siègent toujours aux doigts et s'accompagnent constamment d'autres manifestations mobides indiquant : les unes une infection plus ou moins profonde du sang par le virus lépreux (frissons, frissonnements, sensibilité du malade au froid, douleurs multiples, cachexie, etc.), les autres une localisation de la maladie soit au niveau des nerfs (anesthésie dans ses différents modes, paralysie, atrophies musculaires, griffe, épaississement uniforme ou noueux des nerfs périphériques, troubles trophiques divers, panaris analgésiques, maux perforants), soit au niveau de la peau (nodosités, éruptions), ou des muqueuses (tubercules lépreux, ulcération, altération de la cloison, etc.). On a cité, il est vrai, des cas de lèpre localisée, pendant plusieurs années, à un pied ou à une main, mais ces cas sont loin d'être concluants; et, outre que la lésion n'y a pas revêtu la forme aïnhoïde, la maladie, même dans ces cas, a toujours conservé son caractère infectieux se traduisant d'une façon discrète, mais cependant appréciable.

Dans l'aïnhum, au contraire, la constriction siège presque toujours sur le cinquième orteil, plus rarement sur le quatrième, exceptionnellement sur deux ou trois à la fois, jamais au niveau des doigts. Les cas dans lesquels les doigts ont été atteints, décrits sous le nom d'aïnhum indigène, aïnhum congénital, n'appartiennent pas à l'aïnhum, mais font partie du groupe des amputations congénitales. La lésion caractéristique de l'aïnhum débute par un petit sillon au niveau du pli digitoplantaire, sillon qui s'enfonce lentement, régulièrement, avec une inexorable opiniâtreté, et qui, après avoir étranglé circulairement la base de l'orteil, comme ferait une ligature élastique, finit par l'amputer sans s'accompagner d'ulcérations, de plaies, de fissures, d'hémorrhagie, de suppuration, sans retentissement général, et, le plus souvent, sans autre manifestation locale.

Reste le dernier argument des unicistes, tiré de l'existence, chez quelques rares malades atteints d'aïnhum, de troubles trophiques ayant une certaine analogie avec ceux de la lèpre. Ces faits ne prouvent pas l'identité des deux maladies ; ils prouvent simplement que l'agent pathogène de l'aïnhum peut provoquer, lui aussi, tout comme le bacille de Hansen, tout comme d'autres agents infectieux, soit par sa présence même dans la trame nerveuse, soit par les toxines qu'il sécrète, une altération matérielle et fonctionnelle des nerfs périphériques. Aller plus loin serait monopoliser, au profit de la lèpre, un ensemble de symptômes qui ne lui appartiennent pas en propre, qui ne lui appartiennent que quand et parce que ces nerfs périphériques sont intéressés, et qui peuvent appartenir également, au même titre et pour les mêmes raisons, à un grand nombre d'affections.

Sans doute, nous ne savons rien encore de l'agent spécifique de l'aïnhum et il est impossible de dire si la névrite, qui la caractérise, la névrite cause probable de la stricture annulaire, dépend — comme la névrite pellagreuse, comme la névrite alcoolique, comme celle de l'ergotisme — d'une intoxication alimentaire, ou s'il faut y voir l'expression d'une infection bactérienne. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que l'examen bactériologique fait par M. Le Dantec a été négatif. Or, M. Zambaco, ayant reconnu lui-même que « le bacille de Hansen est incontestable dans la lèpre mutilante pure », il paraît logique d'admettre que, puisqu'on ne l'a pas trouvé dans l'aïnhum, l'aïnhum ne doit pas être considéré comme une lèpre mutilante.

Dépopulation et lois fiscales.

M. Javal prend prétexte des manifestations récentes des ligues néomaltbusiennes hollandaises, anglaises et françaises, ainsi que des projets budgétaires qui tendent à diminuer insuffisamment les charges des familles nombreuses, pour demander que les pauvres soient exonérés des impôts directs et indirects aux dépens des riches sans enfants ou ayant peu d'enfants, en frappant ceux-ci le plus durement possible.

Rôle de la graisse dans le développement des hernies.

M. Lucas-Championnière. — L'amaigrissement, en vidant les orifices fibreux de leur graisse, favorise la formation des hernies. Cette opinion est généralement admise. Pour ma part, je crois que l'accumulation de la graisse est une cause de hernies plus importante.

Quand la graisse sous-péritonéale s'accumule au niveau des anneaux, elle est à l'état liquide sur le vivant. Elle est toute prête à forcer ces anneaux en transmettant intégralement la pression qu'elle reçoit. De plus, elle est rattachée au péritoine par des faisceaux fibro-cellulaires qui tiraillent cette séreuse et tendent donc à l'entraîner. Cette graisse sous-péritonéale, enfin, en distendant l'abdomen, emplit sa cavité qu'elle rend trop petite désormais pour son contenu intestinal. Ces intestins tendent donc à être ainsi chassés de l'abdomen vers les orifices affaiblis par la graisse.

Au total, quelle que soit l'opinion admise, il y a une relation évidente entre le développement des hernies et l'engraissement des jeunes sujets. Ce sera donc prévenir la formation des hernies que de combattre la tendance à l'engraissement chez les sujets jeunes.

Pour cela, il sera bon, je crois, de les soumettre au régime suivant :

Quelques exercices gymnastiques mais sans efforts violents ni prolongés ; nourriture animale rationnée ; réduction des boissons au cours des repas et surtout de l'alcool, dont il faut absolument exiger la suppression ; assurer l'évacuation complète de l'intestin pour éviter l'auto-intoxication ; assurer le bon fonctionnement du rein par les eaux minérales.

Les opérés par laparotomie ont tendance à l'engraissement et aux hernies, il faudra chez eux conseiller la marche, éviter la toux et les efforts, le séjour au lit et le sommeil prolongés

Enfin, chez les vieux hernieux inopérables et dont la situation devient insoutenable, j'ai pu, par le traitement que je viens de proposer, rendre l'existence parfaitement supportable.

M. Tillaux admet aussi l'influence de la graisse dans la production des hernies ; ces notions, il les a développées dans ses cliniques et Roser les a déjà indiquées depuis longtemps.

Recherches cliniques et expérimentales sur la toxicité du genièvre.

M. Brouardel, au nom de **MM. Surmont** et **Léon Delval**, lit un mémoire dont voici les conclusions :

Le genièvre, consommé dans la région du Nord, est une liqueur dont le titre alcoométrique est de 47 à 49 degrés environ, dans les trois quarts des cas, peut être encore notablement abaissé par la manipulation qu'il subit chez les marchands en détail.

Le genièvre contient de l'alcool vinique et très peu d'impuretés. La nécessité où se trouve le marchand de l'offrir limpide et incolore au client le protège contre les falsifications. Aussi dans 81.25 0/0 des cas, contient-il moins de 1 0/00 de fuselol. La proportion maxima, trouvée par les auteurs, n'a jamais dépassé 1.649 0/00. L'acidité du genièvre n'est jamais très forte (0.30 centigrammes par litre au maximum).

Le coefficient toxique du genièvre, pris dans les débits de boissons, mesuré par le procédé de MM. Joffroy et Serveaux (coefficient toxique expérimental de ces auteurs), est variable d'un échantillon à l'autre, parce que la composition de cette liqueur artificielle est elle-même modifiée, surtout par les coupages qu'elle subit.

Les genièvres les plus dangereux sont ceux que l'on trouve dans les cafés de premier ordre. Leur coefficient toxique moyen est 17 grammes 31. Les genièvres les moins dangereux se rencontrent dans les cabarets de bas étage; leur coefficient toxique moyen est 28 grammes 70. Le coefficient moyen du groupe intermédiaire est 23 grammes 17. Le premier groupe comprend environ 43 0/0 des échantillons, le deuxième 36 0/0, le troisième 21 0/0.

Le genièvre, liqueur industrielle type, est une boisson relativement peu toxique. Même ceux de notre premier groupe le sont bien moins que la plupart des liqueurs dites naturelles.

Les accidents incontestables et très fréquents dans le Nord, constatés à la suite de l'emploi du genièvre, doivent donc être attribués à la quantités de liqueur absorbée et non pas à sa mauvaise qualité.

L'analyse chimique d'un échantillon de genièvre (richesse alcoométrique, dosage du fusel et des acides) ne suffit pas, dans tous les cas, à donner une idée complète et exacte de sa nocivité. Il convient d'y joindre l'analyse expérimentale.

La toxicité du genièvre tient essentiellement à la quantité d'alcool éthylique qu'il contient; les impuretés formées d'environ 994 parties sur 1,000 d'alcools supérieurs ont un rôle toujours moins important et presque nul dans les cas où la toxicité du liquide est peu marquée.

Dans la lutte contre l'alcoolisme par le genièvre, le but que doivent poursuivre le législateur, l'hygiéniste et le médecin est donc de restreindre l'usage de cette liqueur et non pas d'en améliorer la qualité.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Nancy, du 6 au 10 août 1896.

Des lésions de l'intestin étranglé ou engoué et du passage des microbes à travers ses parois.

M. Bosc a donné le résultat des recherches faites sur ce sujet en collaboration avec M. Blanc.

Les lésions macroscopiques constatées ont principalement trait à la coloration, à la consistance et au contenu de l'intestin. Ces auteurs ont vu sur un fond dont la coloration varie du rouge vineux au brun noirâtre des ecchymoses sous-péritonéales sous forme d'un pointillé ou de taches de grandeur variable, brillantes, mais de coloration rouge ou bleu ardoisé.

Ces lésions avaient pour siège le bord libre de l'intestin, et étaient plus intenses au sommet même de l'anse intestinale. Au début, on voyait que la muqueuse était franchement rouge, avec un fin pointillé pouvant aller jusqu'à une ecchymose volumineuse.

Plus tard, le fond de la muqueuse apparaissait desquamé ou ulcéré et présentait des taches hémorrhagiques d'aspect noirâtre. L'anse, primitivement distendue, devenait bientôt molle et friable quand les taches prenaient la couleur noirâtre. Enfin, on voyait survenir bientôt une perforation, si l'obstacle au cours des matières persistait. Quant au contenu de l'anse intestinale c'était, au début, des gaz avec un liquide grisâtre. C'était plus tard une vraie purée sanguinolente ou franchement hémorrhagique.

Au point de vue histologique, les lésions constatées ont également varié avec la durée et l'intensité de l'étranglement, depuis l'infiltration de la muqueuse jusqu'à sa nécrose. Il y avait toujours des relations très étroites entre le processus de nécrose et le processus hémorrhagique dont la marche rapide est facilement expliquée par l'action du coli-bacille et de ses toxines. On n'a constaté aucun microorganisme dans les tuniques de l'intestin, ni à la surface du péritoine, lorsqu'il n'existait qu'une simple desquamation épithéliale. Au contraire, s'il existait une desquamation épithéliale et une nécrose de la muqueuse, on trouvait des bactéries dans les parois intestinales et dans leurs vaisseaux.

On pourrait conclure, donc, d'après ces constatations, que l'épithélium joue un rôle considérable au point de vue du mécanisme de la pénétration microbienne. C'est une barrière infranchissable pour les microbes tant qu'il conserve son intégrité. Au contraire, dès qu'il a été détruit par le processus de nécrose, les microbes envahissent les parois de l'intestin par la voie des vaisseaux.

Une autre conclusion importante, au point de vue de l'intervention, c'est que les hémorrhagies et la nécrose sont les deux facteurs essentiels et simultanés de la pénétration des microbes dans la cavité péritonéale et que, dès lors, les ecchymoses sous-péritonéales des anses herniées ou engouées doivent éveiller l'attention de l'opérateur et lui dicter sa conduite.

De la transmission du cancer humain à l'animal; sérothérapie du cancer.

M. Dubois a injecté chez des animaux, dans le tissu cellulaire, des fragments de cancers humains. Il a obtenu par ces injections plusieurs tumeurs dont la plus volumineuse pesait 570 grammes. Dans trois cas de cancer, M. Dubois a fait ensuite des injections de sérum d'animaux inoculés. Le premier cas a trait à un cancer du sein non ulcéré chez lequel un traitement sérothérapique de quarante-cinq jours a déterminé une guérison à peu près complète de la tumeur. Le second cas a trait à un épithélioma du front qui s'est affaissé en trente-cinq jours. Dans ces deux cas, on a injecté de 2 à 5 centimètres cubes de sérum tous les trois jours, on injectait aussi à la périphérie de la tumeur quelques gouttes d'alcool légèrement iodé.

Le troisième cas, enfin, a trait à une récidive d'épithélioma de la lèvre supérieure très ulcéré et très fongueux. Après vingt-trois jours du traitement sérothérapique, le développement de la tumeur a semblé avoir subi un arrêt dans sa marche mais n'a présenté aucune tendance à la guérison complète.

De ces faits, M. Dubois conclut que le sérum de chiens immunisés contre le cancer semble guérir par transformation fibreuse les cancers de l'homme. Son action serait d'autant plus certaine qu'il serait injecté plus tôt. Enfin, son emploi ne présenterait aucun danger, sauf dans les cas de lésions étendues.

A ces assertions, **M. Bard** a objecté que M. Dubois n'avait, en somme, obtenu, comme tous ceux qui ont tenté avant lui ces expériences, que des tumeurs de nature inflammatoire par les inoculations aux animaux de suc cancéreux. La réaction locale obtenue chez l'animal ne permet donc point de dire que le sujet a été influencé par les éléments cancéreux inoculés.

De plus, M. Bard fait remarquer que l'alcool iodé injecté à la périphérie de la tumeur dans le second cas rapporté par M. Dubois a pu avoir une action locale qui a diminué celle du sérum. D'ailleurs, le sérum injecté au niveau même de la tumeur détermine en certains cas une inflammation locale parfois utile.

M. Dubois reprend que dans les tumeurs inflammatoires dont parle M. Bard, il a cependant constaté histologiquement des cellules ramifiées ou embryonnaires. Mais cette constatation a peu d'importance aux yeux de **M. Bard** d'après qui les cellules embryonnaires et ramifiées peuvent exister aussi dans les tumeurs inflammatoires.

On voit, en définitive, que la question de la sérothérapie du cancer est trop délicate pour ne pas entraîner toutes réserves.

Etude anatomo-pathologique de la moelle dans la fièvre typhoïde.

M. Voinot (de Nancy) a toujours trouvé des lésions sur la moelle et les racides nerveuses de dix sujets morts de fièvre typhoïde. Ces lésions portaient :

1° Sur la myéline qui, tantôt avait disparu du tube nerveux, tantôt était réduite à un anneau, à un croissant, à des granulations situées contre la névroglie ou la gaine de Schwann ;

2° Sur le cylindre qui est souvent déplacé et déformé ; fréquemment, il est gonflé, étoilé, dissocié même ;

3° Sur les cellules nerveuses qui sont intéressées dans leur protoplasma, leurs noyaux et leurs prolongements.

La névroglie, le tissu conjonctif et les vaisseaux n'offraient aucune lésion.

Signification anatomo-pathologique et clinique des inflammations interstitielles polyviscérales.

M. Bard. — Quand on est en présence chez un malade de scléroses polyviscérales, on s'efforce de rattacher les diverses localisations à une seule d'entre elles. Le cœur, le rein, les vaisseaux se disputent à tour de rôle, selon les auteurs, la tâche de créer ou d'expliquer les scléroses polyviscérales.

On admet, le plus souvent, l'influence primitive du cœur. L'asystolie, par ses œdèmes et ses stases multiples, serait une cause de sclérose. Il s'y joindrait même des poussées inflammatoires locales. Le rôle de ces poussées inflammatoires est des plus faciles à saisir du côté de la peau au niveau de l'œdème qui, au lieu d'être blanc, mou, indolent, devient rosé, rugueux, ferme, plus ou moins douloureux ou est le siège de poussées érythémateuses.

Le rein est plus rarement mis en cause que le cœur. Certains admettent cependant que la néphrite interstitielle marque le début des lésions et est à l'origine de la maladie, soit qu'il y ait retentissement du rein sur le cœur et production secondaire d'œdèmes asystoliques, soit qu'il s'agisse de l'artério-sclérose.

A côté des scléroses artérielles, il y a une classe importante d'inflammations interstitielles primitives qui prennent leur développement originel dans le tissu conjonctif des cloisons intraviscérales et des espaces organiques.

Les inflammations conjonctives qui se traduisent soit par la production exagérée de la substance intercellulaire du tissu conjonctif, soit par la prolifération des cellules fixes, peuvent se diviser en deux groupes. Dans l'un, il y a prolifération des cellules et le tissu inflammatoire n'est composé que de cellules jeunes qui se détruisent à leur tour soit par suppuration, soit par caséification.

Et si l'inflammation est atténuée, il y a production exagérée de fibres, torpeur des proliférations cellulaires et absence de lésions destructive des cellules.

Dans l'autre groupe d'inflammations du tissu conjonctif, au contraire, il n'y a pas de proliférations cellulaires, les cellules proliférées survivent, la substance intercellulaire se tuméfie et prend des proportions considérables. Dans cette variété d'inflammation conjonctive, il existe même des sous-variétés : les unes sont des inflammations fixes, transitoires, curables ; les autres sont des inflammations plus stables, plus productives.

Au point de vue étiologique, le saturnisme, l'alcoolisme et toutes les intoxications doivent être mises en ligne de compte.

Au début, l'inflammation conjonctive produite est évidemment locale, puisqu'elle n'agit que sur une variété d'éléments, mais des localisations ultérieures se produisent commandées par des causes secondes, telles que les tares laissées par les maladies antérieures, les surmenages fonctionnels et les traumatismes.

On trouve ainsi des néphrites, des myocardites, des hépatites interstitielles, des pneumonies interstitielles, des gastrites, des colites, des jéjunites, à l'état isolé, ou à l'état d'association polyviscérale. Je suis même convaincu qu'il existe des scléroses encéphaliques associées aux scléroses polyviscérales et qu'il faudrait leur attribuer la plupart des délires dits cardiaques. Enfin, les lésions artérielles elles-mêmes ressortiraient à la pathologie conjonctive.

Si donc, il est facile de constater l'existence d'une inflammation interstitielle univiscérale, il n'en est pas de même pour les inflammations polyviscérales. On a à se demander, en effet, dans ces conditions, si l'on a affaire à des lésions multiples autonomes ayant évolué parallèlement ou bien à une lésion primitive avec des lésions secondaires et subordonnées, et, dans ce cas, il faut encore trouver l'organe dont la lésion est primitive.

A la vérité, l'organe dont la symptomatologie propre domine le tableau clinique est celui dont l'inflammation doit être considérée comme prédominante ; mais cet organe n'est pas toujours celui qui a ouvert la scène pathologique.

Sur le traitement de la chlorose par l'ovaréine et le suc ovarien.

MM. Spillmann et **G. Etienne.** — L'ovaire peut être physiologiquement considéré comme ayant un triple rôle :

a) Glande à sécrétion externe, sécrétant l'ovule ;

b) Glande chargée d'éliminer par le sang menstruel l'excès des toxines organiques ;

c) Glande à sécrétion interne, analogue à celle du testicule chez l'homme. Cette sécrétion interne aurait un rôle immense dans la nutrition générale.

Si la chlorose est une maladie des ovaires, on comprend que ces trois fonctions des ovaires soient modifiées ou abolies au cours de la chlorose. Ce sont d'abord les troubles de l'ovulation, puis les troubles de la menstruation qui déterminent cette intoxication spéciale qui est la chlorose. Enfin, la nutrition générale de la femme s'affaiblit.

Il est donc naturel de penser que si l'on rend à l'organisme chlorotique, d'une façon quelconque, le produit ovarien de sécrétion interne, on pourra, peut-être, faire cesser l'intoxication et agir sur l'organisme en général et permettre la guérison de l'affection ovarienne locale.

Dans ce but, nous avons donné à six chlorotiques des produits différents : ovaires de brebis à l'état frais, substance ovarienne desséchée et suc ovarien préparé par la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval.

Après la première prise du médicament, toutes nos malades ont éprouvé des douleurs dans le bas ventre, des malaises, de la céphalalgie et des myalgies vagues. Deux malades ont même vu la température s'élever à 38° et le pouls à 100 pulsations.

Chez trois malades, les résultats éloignés du traitement ont été entièrement favorables ; on a vu l'état général s'améliorer, la pâleur diminuer, le nombre des globules augmenter. A l'aménorrhée ont fait place des menstrues.

En définitive, l'ovaréine donnée aux chlorotiques semble être un traitement rationnel qui facilite l'élimination des toxines et introduit dans l'organisme un principe antitoxique dont l'action s'exerce sur l'état général, sur l'augmentation du nombre des globules et les troubles menstruels, ces trois grands facteurs de la chlorose.

Sur l'auscultation des pleurétiques.

M. Hervouët (de Nantes). — On admet que le bruit de souffle dans la pleurésie est dû à la présence d'un épanchement dans la plèvre. S'il en était ainsi, le souffle devrait être un signe constant de pleurésie. Or, tout le monde sait qu'il manque souvent. On dit aussi que ce bruit est dû au changement de consistance du poumon. Il semble au contraire que le liquide pleural soit incapable de modifier la consistance du poumon, mais que le souffle dépend plutôt d'une lésion concomitante du poumon (tuberculose, pneumonie, bronchopneumonies diverses). C'est donc cette lésion qui produirait un souffle tubaire prenant ici un timbre particulier, parce qu'il est transmis à l'oreille par une couche liquide.

Les mêmes explications pourraient s'appliquer à l'égophonie.

Conclusion : Egophonie et souffle pleurétique donnent des renseignements sur l'état du poumon sous-jacent à l'épanchement, plutôt que sur l'état de la plèvre.

Sur un signe particulier de pleurésie sèche diaphragmatique.

M. de Cangenhagen (de Cannes). — J'ai vu chez un tuberculeux avéré évoluer une pleurésie diaphragmatique qui se manifesta en particulier par un symptôme nouveau. Mon malade avait fréquemment des éructations s'accompagnant chacune d'une douleur très vive siégeant profondément sur la ligne médiane, le long de l'œsophage, et latéralement vers les attaches du diaphragme du côté droit, côté de la pleurésie.

J'ai attribué ce phénomène au passage brusque des gaz de l'estomac dans l'œsophage. En traversant l'orifice diaphragmatique de l'œsophage, ces gaz tiraillaient les fibres de ce muscle, distendaient brusquement l'œsophage, écartaient les fibres postérieures du diaphragme dont les contractions se propageaient à travers le centre phrénique jusqu'aux insertions antérieures du muscle. Celles-ci, se trouvant en contact avec la plèvre malade étaient nécessairement très irritables.

On pourrait rapprocher ces douleurs de celles qui accompagnent certains grands épanchements pleurétiques pendant la déglutition.

De l'évolution thermométrique générale de la fièvre typhoïde.

M. Bernheim. — A côté du type classique de la fièvre typhoïde, évoluant en trois septennaires, qu'a décrit Wunderlich, il faut mentionner :

1° La fièvre typhoïde avec raccourcissement de la période d'état ou *fièvre typhoïde abortive.*

2° La fièvre typhoïde avec prolongation de la période d'état ou *fièvre typhoïde prolongée.*

Dans le premier cas, les lésions des plaques de Payer se résolvent sans s'ulcérer ; dans le second cas, l'évolution microbienne se fait par poussées successives. On trouve ici avec l'anatomie pathologique des lésions ulcérées et cicatrisées quand les autres sont en pleine évolution.

Quand une nouvelle évolution microbienne a commencé, alors que la première est en voie de régression, que la température se relève et fait un nouveau plateau, alors que la défervescence était déjà en train de s'opérer, il s'agit d'une recrudescence. Si, au contraire, la seconde évolution commence alors que la première est tout à fait terminée et que les symptômes de la convalescence sont déjà marqués depuis plusieurs jours, on dit qu'il y a rechute.

En définitive, qu'il s'agisse d'évolution prolongée de la période d'état, de recrudescence ou de rechutes, il s'agit toujours d'évolutions subintrantes, successives, consécutives des germes pathogènes.

Fait important, la bactériologie montre la persistance dans l'économie, pendant plusieurs mois après la convalescence, du bacille typhique. Il est donc bien vrai, comme je l'enseigne depuis déjà près de 20 ans, que les bacilles typhiques évoluent successivement, ne se détruisent que lentement ; certains échappent à la consommation typhique et survivent, propres à créer de nouvelles poussées.

On voit ainsi deux ou trois rechutes, quelquefois quatre, se montrer successivement après des périodes d'apyrexie de quelques jours à quelques semaines.

L'évolution thermométrique de la fièvre typhoïde peut aussi être prolongée ou être suivie, après une période d'apyrexie, par une fièvre irrégulière sans localisation constatable. Cette fièvre peut être due à une infection atténuée (staphylococcie ou streptococcie que l'on rencontre après la fièvre typhoïde comme après l'influenza).

La période amphibole de Wunderlich n'est pas une période, à proprement parler. Toutes les complications si fréquentes dans le troisième septennaire sont susceptibles d'altérer la courbe thermométrique normale de la fièvre typhoïde et de la rendre irrégulière.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

Thèses présentées et soutenues pendant l'année scolaire 1895-1896 :

M. Ahmed Hussein : La section du sympathique cervical dans l'exophtalmie et autres symptômes de la maladie de Basedow.

M. Laurent (Louis) : Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses juxta-uréthrales chez la femme.

M. Pernet (Jules) : De la balnéation tiède dans quelques maladies aiguës de l'enfance.

M. Gourdiat (Charles) : Thérapeutique chirurgicale des tumeurs des méninges rachidiennes.

M. Payre (Louis) : Contribution à l'étude de la marsupialisation des kystes de l'ovaire ; traitement ultérieur en cas de récidive.

M. Giraud (Paul) : Les injections sous-cutanées d'eau salée dans les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde.

M. Lépine (Paul) : De la respiration faible unilatérale liée au décubitus.

M. Daurand (Joseph) : De la suture intradermique (suture celluleuse ou sous-cutanée de Chassaignac).

M. Chabat (Alphonse) : Contribution à l'étude de l'acroparesthésie.

M. Boyer (François) : Contribution à l'étude du traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne.

M. Allemand (André) : Contribution à l'étude de la hernie ombilicale chez l'adulte.

M. Pontié (Paul) : De l'ablation des petits kystes de l'ovaire par la voie vaginale.

M. Penne (Joseph) : De l'arthrodèse acromio-claviculaire.

M. Thevenon (Louis) : Contribution à l'étude du nystagmus chez les mineurs.

Ecole de médecine de Poitiers.

M. le Dr Guitteau est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

Ecoles de médecine préparatoire réorganisées.

Examens. — Le ministre de l'Instruction publique a été saisi de diverses demandes émanant d'étudiants en médecine inscrits dans les Ecoles réorganisées, qui désireraient être autorisés à réparer en août, dans ces Ecoles mêmes, l'échec qu'ils ont subi durant la session d'avril aux épreuves de la première partie du deuxième examen du doctorat. La session permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, à laquelle il a soumis cette question, a reconnu qu'en présence des modifications apportées par les articles 7 et 8 du décret du 31 juillet 1893 et par la circulaire du 7 mars 1894 au régime des examens subis dans les Ecoles préparatoires réorganisées, il serait rigoureux de continuer à maintenir les dispositions du décret du 1er août 1883 (art. 11). Elle a été, en conséquence, d'avis qu'il convenait de donner suite aux demandes précitées. Le ministre vient d'informer les recteurs d'Académie qu'il a adopté cet avis, et il les prie de porter cette décision à la connaissance de M. le doyen de la Faculté de médecine et de l'inviter à donner avis de ces dispositions au professeur chargé de présider la deuxième partie du deuxième examen du doctorat pendant la prochaine session, ainsi qu'aux directeurs des Ecoles préparatoires réorganisées de leur ressort.

NOUVELLES

A propos de la langue internationale.

Dans une lettre écrite avant sa mort au Dr Jankau, le professeur Billroth exprime ainsi son opinion sur cette question :

« Je recommanderais, dit-il, la plus simple des langues latines, c'est-à-dire l'espagnol, comme langue scientifique commune ; après viendraient l'italien et le français, et, parmi les langues germaines, l'anglais seulement. L'anglais serait même préférable à toutes les autres, car c'est une des plus simples. Mais, comme les races latines n'ont aucune aptitude à apprendre les langues étrangères, il est nécessaire, en raison de leurs autres grandes facultés en matière scientifique, de leur faire une concession à ce point de vue, et de choisir une des langues latines comme langue internationale. » (*Méd. mod.*)

Hospitalisation des tuberculeux.

La Commission instituée, près l'Assistance publique, pour étudier la question de l'isolement des tuberculeux, demande : 1° la création de quartiers spéciaux pour les tuberculeux, ou tout au moins de salles spéciales aménagées suivant les dernières améliorations hygiéniques ; 2° la décentralisation des tuberculeux à la première période, par la création de colonies de sanatoria.

M. Letulle demande la création de colonies de tuberculeux curables en Algérie, en Tunisie et en Corse.

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique.

Le deuxième Congrès se tiendra à Genève, du 31 août au 5 septembre.

Il y a cinq questions principales à l'ordre du jour :

1re question. — *Traitement des suppurations pelviennes* ; rapporteurs : MM. Sanger, Kelly, Bouilly.

2e question. — *Traitement chirurgical des rétrodéviations utérines* ; rapporteurs : MM. Kustner, Polk, Pozzi.

3e question. — *Du meilleur mode de fermeture de l'abdomen* ; rapporteurs : MM. Granville Bantok, La Torre.

4e question. — *Fréquence relative et formes les plus communes du rétrécissement du bassin suivant les différents pays, groupes de pays ou contrées* ; rapporteurs : MM. Fancourt, Barnes, Dohrn, Fochier, Kufferath, Lusk, Rein, Pawlick, Pestalozza, Treub.

5e question. — *Traitement de l'éclampsie* ; rapporteurs : MM. Charles, Charpentier, Halberstma, Veit, Mangiagalli, Parvin, Byers.

Congrès de neurologie et d'aliénation mentale.

Les membres du Congrès appartiennent à deux groupes distincts, les neurologistes et les médecins des asiles. Pour ces derniers, les questions d'administration et d'organisation sont capitales, et certains d'entre eux ont eu la crainte que leurs intérêts ne fussent perdus de vue dans les Congrès mixtes.

Pour, d'une part, faire disparaître ces appréhensions et, d'autre part, ne porter aucune atteinte aux Congrès, dont le succès ne fait que s'affirmer, les médecins des asiles ont décidé de former une Société spéciale, qui se réunirait chaque année au siège du Congrès et quelques jours auparavant ; de plus, pour bien montrer que ce n'est pas un deuxième Congrès bâti à côté du premier, tous les membres de la nouvelle Société sont tenus de s'inscrire au Congrès.

FAITS DIVERS

Amour et microscope.

Un jour je vis entrer dans mon cabinet une jeune et jolie femme, toilette fraîche et du bon faiseur, parfums suaves et subtils.

— Docteur, me dit-elle, je souffre beaucoup.

— Ah ! Madame ! Où ? Quand ? et comment ?

— Après boire surtout.

Malgré ce langage voilé, je compris, et priai ma charmante cliente d'avoir à se prêter à l'examen que nécessitait son cas.

La demande était prévue... le costume approprié, la malade est en posture.....

Je pus bientôt constater d'Eros les traces d'une ancienne blessure envenimée et — chose plus grave — la preuve d'une récidive récente.

Ne voulant pas m'en rapporter à un simple examen clinique, je recueillis une goutte du liquide suspect et le plaçai sur le champ du microscope, après lui avoir donné la teinte idéalement céleste du bleu de méthyle.

Grande fut ma surprise, lorsque je vis avec horreur que, sous

l'objectif de mon instrument, je venais de commettre un crime inconscient, en tuant avec les gonocoques, de magnifiques *hommiculi*, des spermatozoïdes qui venaient d'être déposés dans le vagin.

J'exprimai délicatement à ma patiente la surprise que me causait une semblable découverte en lui faisant comprendre que les douceurs de l'amour pouvaient avoir de sérieux inconvénients pour son correspondant (par chasteté, j'employai l'expression anglaise).

Ma patiente m'avoua en rougissant qu'elle venait de déjeuner en agréable compagnie et qu'elle s'était exposée à perdre connaissance après le café.

Poursuivant mon examen, je découvrais bientôt dans ma préparation une série de lamelles épithéliales, fraîches et intactes comme on n'en trouve que dans la salive fraîche.

Cette trilogie : gonocoques, spermatozoïdes et lamelles épithéliales me permit de reconstituer la scène qui avait suivi le déjeuner et d'établir un diagnostic d'une rare précision.

Heureux et fier de cette perspicacité, je confiai mon diagnostic à ma cliente, tant pour lui montrer mon habileté que pour lui faire connaître les petits inconvénients qui pouvaient résulter pour elle et ses amis des « pertes de connaissance » auxquelles elle était sujette après déjeuner.

Mal m'en prit; ma belle cliente se fâcha tout rouge et me déclara que, si la science était une belle chose, il y avait des diagnostics d'une précision trop grande et surtout trop indiscrète. Avant que j'eusse pu lui répondre et lui prescrire un traitement, elle sortit vivement de mon cabinet, oubliant même de me payer mes honoraires.

Je jurai, mais un peu tard, de ne plus faire intervenir le microscope dans les diagnostics gynécologiques ou tout au moins de ne pas en faire connaître le résultat aux jolies femmes.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION

(*Suite.*)

C. Comment le bol alimentaire ne pénètre pas dans le larynx.

Il y a à cela trois causes qui résident dans :

1° L'ascension du larynx.

2° La fermeture de la glotte.

3° L'abaissement de l'épiglotte.

1° Ascension du larynx.

C'est la manifestation extérieure de la déglutition. Elle se produit après l'occlusion des mâchoires, sous l'influence de la contraction des muscles sus-hyoïdiens.

On n'est pas d'accord sur le moment exact de cette ascension du larynx. Trois opinions sont en présence :

Première opinion : L'ascension du larynx se produit avant celle du pharynx, en même temps que s'opère l'occlusion de la bouche (Haller).

Seconde opinion : L'ascension du larynx et celle du pharynx se produisent en même temps, après l'occlusion de la bouche (Magendie, Gerdy).

La méthode graphique a montré à Arloing que là était la vérité. Le raccourcissement du pharynx, l'ascension du larynx et l'application de la langue contre le voile du palais sont des mouvements presque synergiques.

Troisième opinion : L'ascension du larynx ne se produirait qu'après celle du pharynx (Carlet).

Cette hypothèse est inadmissible, les muscles du pharynx ne pouvant se contracter qu'en prenant un point d'appui solide sur la charpente laryngée qui, pour cela, doit être fixée et élevée.

Quoi qu'il en soit, le larynx vient s'appliquer sous la base de la langue, et Arloing, en étudiant de plus près ce mouvement de translation laryngée, est arrivé à le décomposer en deux temps :

Premier temps (très court et pour ainsi dire négligeable), qui correspond à l'application de la langue sur le voile du palais.

Deuxième temps (beaucoup plus long et important), qui correspond à la contraction pharyngienne.

2° Fermeture de la glotte.

La fermeture de la glotte pendant la déglutition est une chose certaine. Elle est prouvée par :

1° Les constatations laryngoscopiques.

En vérité, cela ne constitue pas une preuve suffisante, les conditions de la déglutition se trouvant, du fait de l'examen, très éloignées de la normale.

2° L'abolition momentanée de la voix et de la parole pendant la déglutition.

Argument excellent.

Donc, dans l'exercice régulier de la déglutition, la glotte se ferme.

Mais une question se pose : Cette occlusion est-elle nécessaire?

Oui, disent les uns (Magendie, Maissiat).

Non, disent les autres (Longet, Bérard).

Arloing a vu, comme Longet, la déglutition s'opérer régulièrement malgré l'écartement des cordes vocales et dit que l'épiglotte et les aryténoïdes suffisent pour assurer l'occlusion du larynx.

On donne bien comme preuve du rôle nécessaire de la glotte que, après l'arrachement des racines du spinal ou bien après la section du récurrent, se manifestent des troubles de la déglutition, que les aliments passent dans la trachée, déterminant des accès de suffocation. Mais on peut répondre à cela d'abord que ces troubles sont bien moins accusés qu'on le prétend, qu'ils ne se montrent que si l'animal est dérangé par la déglutition, et, au total, qu'ils sont suffisamment expliqués par les troubles que la section du récurrent apporte au fonctionnement d'une partie de l'appareil constricteur du pharynx.

3° Abaissement de l'épiglotte.

L'épiglotte se renverse passivement sur l'orifice supérieur du larynx. Cet abaissement n'est cependant pas nécessaire à la déglutition des solides. La section de l'épiglotte ne trouble pas les déglutitions isolées (Magendie).

Il en est autrement pour les déglutitions associées ou déglutitions des liquides où le rôle de l'épiglotte devient plus important. Pas si important, cependant, qu'on n'ait pas discuté sur lui. Si, en effet, il n'est pas douteux que, dans l'accomplissement physiologique des déglutitions associées, l'épiglotte est abaissée sur l'orifice supérieur du larynx pour y empêcher la pénétration des liquides, il n'est pas, en revanche, prouvé que, expérimentalement, rien ne puisse suppléer à cette épiglotte.

Deux opinions, en effet :

Première opinion : Rôle nécessaire de l'épiglotte (Longet).

Deuxième opinion : Rôle important, mais non pas nécessaire (Schiff).

Si un chien, dont l'épiglotte a été sectionnée, boit, les déglutitions s'opèrent régulièrement, à condition que l'animal ne soit pas dérangé. Le liquide ne pénètre dans le larynx que si on distrait son attention.

Il est donc vraisemblable que l'épiglotte a surtout comme fonction de prévenir l'introduction dans le larynx des gouttelettes qui, la déglutition terminée, restent dans le vestibule.

(*A suivre.*) X. Y.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. | N° 36 | 5 Septembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

Nous remettons au prochain numéro la suite du mémoire : **Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule,** *par* Pierre Sebileau.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'extirpation du larynx.

Leçon du professeur Félix Terrier,

Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris,

Recueillie par Marcel Baudouin, préparateur du cours.

L'extirpation du larynx est une opération délicate, mais moins difficile qu'on l'a prétendu, qui, à mon avis, n'est pas assez utilisée. Et, malgré sa gravité réelle, elle a des indications précises, qu'on me paraît trop négliger.

On peut enlever le larynx soit en partie, soit en totalité. L'extirpation est donc tantôt partielle, tantôt totale. Quand on résèque la moitié du larynx, l'extirpation est dite unilatérale.

La laryngectomie partielle, malgré sa bénignité plus grande, ne donne que de mauvais résultats dans les affections malignes. Aussi, dans le cancer, doit-on préférer, si l'on intervient, l'opération radicale et agir largement. C'est du moins mon opinion, et je crois que, dans ces circonstances, le chirurgien ne doit plus hésiter. Je reconnais volontiers, par contre, que, dans les cas de tuberculose laryngée, par exemple, l'extirpation partielle est tout à fait indiquée.

On a d'abord pratiqué la laryngectomie totale chez les animaux. Albers, en 1829, dans quatre expériences exécutées sur des chiens, enleva deux fois le larynx entier et eut deux morts, tandis que, dans deux cas d'extirpation partielle, il obtint deux guérisons. En 1870, Czerny reprit cette expérimentation; et, de son étude, plus complète, il conclut à la possibilité de guérir les animaux après l'ablation totale. Il avait eu recours, il est vrai, à une canule vocale et avait nourri ses chiens à la sonde œsophagienne. Il faut ajouter qu'il avait sans doute employé à cette époque quelques substances antiseptiques en pansement.

La première opération faite chez l'homme date du 31 décembre 1873; elle est due au professeur Billroth (de Vienne). Ce chirurgien opéra un cancer du larynx et guérit son malade. Malheureusement, il y eut récidive quatre mois après et la survie totale ne fut que de sept mois. L'extirpation totale était donc possible chez l'homme. Watson, au dire de Foolis (1881), avait extirpé, dès 1866, un larynx; mais cette revendication a paru un peu tardive, de même que celle de Langenbeck (1875), qui, au dire des Allemands, aurait conçu cette opération dès 1854. Hüter a déclaré de son côté, en 1880, que, bien avant 1870, il avait eu l'idée d'enlever le larynx.

Il ne faut pas oublier non plus la revendication strasbourgeoise. D'après Schwebel, en 1866, Kœberlé aurait dit « qu'il était prêt à faire une extirpation partielle et même totale du larynx, après avoir commencé une laryngotomie ». Et, en 1876, Hermantier a essayé encore d'attribuer à Kœberlé et à E. Bœckel l'honneur d'avoir imaginé la laryngectomie.

En somme, c'est bien, quoi qu'on en ait dit, Billroth qui a, le premier, publié une observation d'extirpation du larynx chez l'homme et qui a obtenu le premier succès. Cette opération peut donc, à juste titre, porter son nom.

Depuis cette époque, on a fait un grand nombre de laryngectomies. La première exécutée en France est due à M. Léon Labbé et ne date que de 1885. De 1873 à 1885, en douze années, la mortalité avait été effrayante et peu à peu une certaine réaction avait eu lieu contre cette intervention. On en revint alors à l'extirpation partielle et unilatérale (Billroth, 1868), Schede, Küster, Hahn (1884). Ce n'est qu'en 1881 que Foolis et Schech reprirent la défense de la laryngectomie totale. A citer, en outre, les travaux de Max Schüller (1880), Hahn (1875), Zézas et Salzer (1885), Lüblinski, Burow, Solis-Cohen (1884), en Amérique, etc. En France, nous n'avons à citer que les articles de Blum (1882), Heydenreich (1885) et Baratoux (1886). Il faut arriver à la thèse d'agrégation de Schwartz pour trouver une étude réellement importante de la question.

Elève de Labbé et ayant assité aux laryngectomies faites par ce chirurgien, M. Schwartz était particulièrement compétent. Aussi est-ce à ce travail qu'il faut se reporter pour toute la première période de l'histoire de la laryngectomie.

On y trouve la relation de :

87	extirpations	*totales* pour	cancers ;
8	—	—	sarcômes ;
2	—	—	polypes ;
20	—	*unilatérales*	pour cancers ;
2	—	partielles	pour sarcômes.

Au total, 119 faits.

Depuis cette époque, nous devons signaler une communication de M. Labbé au Congrès de Chirurgie de 1886 ; des mémoires de MM. Hache (1887), Monod et Ruault (1887), Lefort (1888), ce dernier rejetant l'extirpation totale, comme l'Académie de médecine l'avait fait en 1887 (Richet, Verneuil, Tillaux).

Avec le travail de M. Périer (1890) et la thèse de mon élève M. Poinçonnat (1890), qui contient mes propres observations, la question change de face. Enfin, la thèse de M. Mongour (de Bordeaux), inspirée par M. le professeur Demons, et celle de M. Perruchet (1894) viennent rappeler avec raison l'attention sur cette très importante opération. Dans cette dernière revue, sont relatées six nouvelles observations, qui doivent attirer l'attention des laryngologistes, trop portés à repousser de parti pris l'extirpation totale.

Le procédé, classique jusqu'à ces dernières années pour la laryngectomie, comprend les différents temps suivant :

1° Trachéotomie préliminaire, immédiate ou médiate; tamponnement de la trachée ; anesthésie ;

2° Extirpation du larynx ;

3° Pansements et soins consécutifs ;

4° Prothèse laryngée.

1° La trachéotomie préliminaire peut être médiate, c'est-à-dire être faite longtemps avant l'ablation de l'organe malade. Dans un cas, elle aurait été exécutée onze mois auparavant. Elle peut être immédiate, c'est-à-dire être exécutée au moment même de l'intervention (von Bruns).

C'est la première manière de faire qui jadis était ordinairement préférée : on trachéotomisait quinze jours à trois semaines avant d'enlever le larynx. Luhlinski avait recommandé avec raison de faire cette trachéotomie plutôt *bas*, de façon à ne pas être gêné, dans l'extirpation laryngée ultérieure, par la canule.

Il y a, dans les cas de tumeurs du larynx diagnostiquées, un certain avantage à exécuter la trachéotomie précoce avant même l'apparition de phénomènes de suffocation. Ceux-ci, en effet, peuvent, au moment où l'on n'y songe pas, survenir tout d'un coup et tuer avant l'arrivée du chirurgien. Aussi songea-t-on tout d'abord à la trachéotomie médiate ; ce qui explique pourquoi on n'a pas eu de suite l'idée de faire des laryngectomies sans trachéotomie préalable.

La trachéotomie supposée exécutée, il faut anesthésier le patient. On y parvient facilement par la canule trachéale, sans qu'on ait besoin de recourir à un instrument de courbure spéciale (Hahn), ou à un appareil particulier.

Il faut éviter à tout prix l'introduction du sang et des matières septiques dans les voies aériennes. Pour atteindre ce résultat, on a dû recourir soit à des canules obturatrices de la trachée, soit à la position très déclive de la tête (Maas et Bottini), soit à des procédés divers. Comme canules, on a utilisé divers modèles : les uns ont employé des canules volumineuses; les autres ont placé une éponge antiseptique dans la trachée coupée (Czerny, Gussenbauer).

On a obtenu les meilleurs résultats avec un instrument spécialement construit à cet effet, la *canule-tampon* de Trendelenburg (1871) ; malheureusement cette canule, comme les modèles de F. Semon, décrits par Solis-Cohen, de Michaël (éponge préparée placée dans une enveloppe imperméable), de Hahn, n'est pas parfaite. Le malade la supporte mal et il faut avoir soin de l'habituer, au préalable, au port de cet instrument. Elle exige une grande patience. De plus, lorsqu'elle est en place, il reste au-dessus d'elle un espace libre dans la trachée, espace où s'accumule, si on ne l'oblitère pas avec de la gaze iodoformée, du sang en notable quantité : ce qui est une source d'infection ultérieure, partant de broncho-pneumonie souvent mortelle. Cette canule est, en outre, d'une stérilisation très difficile. Désormais, il vaut mieux procéder autrement, s'en passer, et opérer, comme nous le dirons plus loin, sans trachéotomie préalable.

2° Pour pratiquer *l'extirpation du larynx*, on peut recourir à des incisions variables. Chacun choisit celle qu'il préfère, suivant les lésions qui nécessitent l'intervention.

Les uns font une simple incision verticale médiane, qui part du bord inférieur de l'os hyoïde et descend jusqu'au-dessous du cricoïde ; mais ce procédé ne donne pas assez de jour et on a de la peine à libérer de la sorte la pyramide laryngée. Il vaut mieux employer l'incision en T, grâce à laquelle on voit mieux ce que l'on fait. La branche verticale du T correspond à l'incision précédente et est médiane ; la branche horizontale, parallèle au bord inférieur de l'os hyoïde, est l'incision de la laryngotomie interhyothyroïdienne ; elle passe au-dessous de l'hyoïde et doit avoir 5 à 6 centimètres de longueur.

Pour libérer le larynx, on commence par détacher en haut les muscles qui recouvrent le thyroïde et par lier les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les coupe. On y procède à l'aide d'une spatule ou d'un instrument mousse, et l'on s'arrange de façon à raser le cartilage. On dissèque de haut en bas et met à nu la face antérieure du larynx, sans que l'hémorrhagie soit bien considérable. Arrivé sur le cricoïde, on lie les branches de la cricothyroïdienne, et, après avoir dégagé les parties latérales, l'organe se trouve presque libéré en avant. Reste à l'isoler en arrière, en haut et en bas.

Il y a deux manières d'agir à ce moment. On peut procéder de bas en haut, après section de la trachée, ou de haut en bas, ce qui est moins facile.

Commençant donc par en bas, on sectionne la trachée en travers, sous le cricoïde, à petits coups, et l'on décolle l'œsophage avec le doigt ou la sonde cannelée. D'après M. Schwartz, il faut, à cet instant, surveiller l'anesthésie, car il peut se produire des actes réflexes et un arrêt du cœur. On place un crochet sur le larynx et attire l'organe en haut et en avant. Il ne reste plus qu'à le détacher des parties profondes à la partie supérieure. On isole d'abord les grandes cornes du thyroïde ; on les sectionne d'un côté, puis on attaque la membrane thyro-hyoïdienne. Si, dans ce trajet, on rencontre la laryngée supérieure, on coupe cette artère entre deux ligatures. Si l'on désire conserver l'epiglotte, on la sépare du larynx ; de même pour les replis glosso-épiglottiques. On répète la même manœuvre du côté opposé, en ce qui concerne la grande corne du thyroïde, après avoir fendu l'éperon laryngo-œsophagien. Pendant toute cette dissection, il faut, autant que possible, à moins de circonstances spéciales, raser les cartilages. Maas et Wegner ont conseillé de conserver le cricoïde, dont on n'enlève alors que le chaton, pour avoir un anneau résistant destiné à supporter plus facilement une pièce artificielle. D'autres auteurs, et Hahn en particulier, ont proscrit cette conservation, comme empêchant la déglutition de se faire ultérieurement d'une façon normale. En réalité, il est plus simple et plus prudent de l'enlever dans la majorité des cas.

Bottini, Caselli et Labbé, dans trois circonstances, ont pratiqué les incisions superficielles au histouri et les profondes au galvanocautère. Il est plus aisé et tout aussi bon de ne se servir que de l'instrument tranchant.

Dans certains cas où l'on opère pour des tumeurs malignes qui ont envahi les parties voisines du larynx, il faut absolument modifier la nature des incisions d'ouverture du champ opéra-

toire, pour pouvoir opérer d'une façon utile et prudente. On utilise alors une incision en 工 (H renversée), en se donnant beaucoup de jour ; on extirpe non seulement le cricoïde, mais aussi les premiers anneaux de la trachée et les ganglions lymphatiques voisins qui sont atteints. Gussenbauer a même sectionné l'os hyoïde.

L'extirpation du larynx est une opération émouvante, en raison des rapports de cet organe avec les voies respiratoires ; mais elle ne doit pas effrayer un véritable chirurgien. Elle est longue et l'a surtout été à ses débuts. On sait que Lahhé mit deux heures et demie pour opérer son malade et Caselli trois heures et quart. On va plus vite désormais et l'on peut tout terminer en une heure.

Certains praticiens ont commencé par des opérations exploratrices, de façon à pouvoir décider en toute connaissance de cause de l'opportunité réelle de l'extirpation totale. Et c'est ainsi que Billroth a pratiqué d'abord la thyrotomie; que Iversen et Hahn ont fait au préalable la pharyngotomie sous-hyoïdienne; qu'on peut faire successivement deux hémisections laryngées. Cela est très logique dans certains cas donnés.

3° L'opération terminée, l'hémostase obtenue, on a devant soi une vaste plaie verticale, béante, s'étendant de la hase de la langue à la trachée. Cette large gouttière est limitée en haut par le pharynx et la bouche, et, dans le fond, on aperçoit la partie antérieure de l'œsophage en has, la partie postérieure du pharynx en haut. La canule-tampon est dans la trachée; il faut s'assurer qu'elle joue bien son rôle.

Le pansement de la plaie est assez simple aujourd'hui ; mais, à une époque où l'on ne connaissait pas l'iodoforme, il était délicat. Il se produisait un suintement abondant; la cavité était inondée de salive : d'où des accidents, d'ordre infectieux la plupart du temps, c'est-à-dire des troubles du côté de l'appareil respiratoire par inoculations septiques, autrement dit de la hronchopneumonie.

Aujourd'hui qu'on dispose de pansements antiseptiques, on utilise les tampons de ouate ou de gaze iodoformée et l'on en hourre la plaie. De ce fait, la nature des sécrétions est très modifiée et leurs propriétés nocives très atténuées.

Comme le pansement comprime la région et empêche la déglutition, il faut recourir à la sonde œsophagienne, qu'on peut introduire par la narine (Krishaber), et l'y laisser aussi longtemps que cela est nécessaire. Il faut faire les pansements avec heaucoup de soin, utiliser des tampons antiseptiques, disposés en queue de cerf-volant. et placés au-dessus de la canule La sonde doit rester en place trois à cinq semaines; de la sorte la cicatrisation est plus rapide. Avant de l'enlever, il faut faire faire des essais de déglutition normale avec des liquides aseptiques, tels que du lait houilli; quand il s'en écoule peu par le pansement, on peut ne plus recourir à la sonde. Il va sans dire que, pendant tout ce temps, on doit pratiquer des lavages horiqués de la bouche et de la gorge pour maintenir la région aussi aseptique que possible.

La canule-tampon doit rester en place huit à dix jours; puis on lui substitue une canule ordinaire.

Les soins post-opératoires ont une importance considérable. Dans les premières statistiques de laryngectomie totale, la mortalité était énorme, précisément parce qu'on n'utilisait pas l'antisepsie. On en avait conclu qu'il valait mieux se borner à des extirpations partielles, plus bénignes. C'était une erreur, car si, pour certaines tumeurs (sarcômes, etc.), l'ablation unilatérale du larynx était admissible, pour le cancer elle ne pouvait pas être une bonne opération.

L'extirpation partielle ou *unilatérale* se pratique à l'aide d'une incision en ᒣ (L renversée) simplement (Hahn), la branche horizontale se trouvant du côté de la partie à enlever et longeant l'os hyoïde, la verticale étant médiane et descendant jusqu'au-dessous du cricoïde. On met à nu le côté du larynx qu'il faut sectionner, en commençant par la face antérieure. Puis on fend le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, faisant ainsi une laryngofissure, ou thyrotomie exploratrice; et l'on inspecte la cavité. Le cricoïde est coupé en son milieu et détaché de la trachée d'un côté. Enfin, on enlève la moitié du larynx de has en haut, en libérant de plus en plus la face latérale correspondante.

On a fait, pour le larynx comme pour les os, des opérations sous-périostées, c'est-à-dire ici sous-périchondrales (Heine, de Prague; Péan). Après avoir fendu le cricoïde et le thyroïde, on détache le périchondre jusqu'en arrière avec la muqueuse, et enlève les parties par torsion ; la muqueuse altérée est excisée aux ciseaux ou au galvano-cautère (1). Mais on n'a plus dès lors affaire à une opération réglée.

Le pansement est plus simple que celui de l'extirpation totale, mais tout à fait analogue.

On peut pratiquer la *laryngectomie totale sans recourir au préalable à la trachéotomie*, et c'est cette opération que M. Périer a faite le 5 mars 1890.

Il a eu recours à l'anesthésie chloroformique et a fait usage d'une canule courhe, construite par M. Collin, pour pouvoir maintenir la trachée au dehors de la plaie pendant l'intervention. Cette canule entrait dans la trachée, comme un houchon dans le goulot d'une houteille, et servait en même temps à laisser passer les vapeurs anesthésiques.

Le premier temps comprend un incision et 工 (H renversée). Les deux hranches transverses horizontales situées, la supérieure au-dessous l'hyoïde, l'inférienre au niveau du cricoïde, s'étendent d'un muscle sterno-cléido-mastoïdien à l'autre. L'incision verticale est médiane et réunit les deux horizontales. On dissèque alors, de l'un et de l'autre côté, en rasant le larynx, et relève les deux lambeaux qu'on obtient. On ferme les vaisseaux au fur et à mesure que l'on progresse. L'isthme du corps thyroïde sectionné et hémostasié, on glisse en arrière de la trachée au-dessous du cricoïde une sonde cannelée, après avoir passé deux fils dans un anneau pour pouvoir attirer et fixer en avant cet organe. On le sectionne complètement, l'attire en avant et y place la canule. Immédiatement on continue l'anesthésie par cette canule, soit directement, soit à l'aide d'un appareil spécial et d'un tube en caoutchouc de raccordement, qui se fixe sur la canule trachéale. Les fils trachéens fixés sur l'ailette du dos de la canule, on soulève le larynx de has en haut avec un ténaculum ou une pince et le sépare de la paroi antérieure de l'œsophage, en décollant la muqueuse de la face postérieure du cricoïde. On sectionne le muscle thyro-hyoïdien, coupe les grandes cornes de l'os du thyroïde, la muqueuse aryépiglottique et la membrane thyro-hyoïdienne, et laisse en place l'épiglotte, si elle est saine.

Après une minutieuse hémostase de toute la plaie, on fixe la trachée à la peau : la demi-circonférence antérieure à la lèvre inférieure, la demi-circonférence postérieure à la partie inférieure de la plaie. Puis on suture l'ouverture du pharynx aux lèvres de l'incision transverse supérieure et ferme la plaie sur la ligne médiane et latéralement, après avoir introduit une sonde œsophagienne dans l'orifice qui persiste en haut.

(1) On ne peut pas se servir du thermocautère, puisque l'anesthésie doit se faire par la trachée, surtout quand on a recours à l'éther.

On panse à l'iodoforme et au salol et fait usage de solution chloralée pour les lavages de la bouche.

C'est là désormais le procédé opératoire qui doit être préféré. L'opération est plus simple qu'on ne le croit; la respiration n'est troublée à aucun moment; la plaie est suturée dans toute son étendue et par conséquent la guérison très rapide.

Cet excellent procédé d'extirpation est utilisable même quand, pour des raisons particulières, on a dû faire au préalable la trachéotomie. Il suffit de disséquer la trachée et d'y placer le tube de Périer. Dans ce cas, l'incision verticale au niveau de l'orifice trachéal passe de chaque côté de cette ouverture.

On peut se passer de la canule de M. Périer et suturer directement la trachée à la peau au cours de l'opération. Mais, dans ce cas, l'opération terminée, il faut mettre dans l'orifice une canule ordinaire. Si l'on ne prend pas cette précaution, en effet, la muqueuse trachéale se gonfle après l'opération et la respiration peut être très gênée.

En France, M. Périer a fait quatre fois cette opération. M. Picqué deux fois et je l'ai pratiquée moi-même une fois. A l'étranger, on connaît plusieurs interventions sans trachéotomie préalable, qui ont été rapportées dans sa thèse (1894) par M. Perruchet, élève de M. Périer. Ce chirurgien a relaté treize cas dans son travail. Ce sont ceux de Billroth (1875), Foolis (1877), Bruns (1878), Bottini (1878), Mac Leod (1883 et 1884), Novaro (1883), J. Lloyd (1887), Dupont (1887), Roux (1887), Hayes (1887), Gairdner (1887 et 1888). Bottini et Maas ont recommandé la position déclive de la tête pour empêcher le sang de tomber dans la trachée; Mandl et Newmann, la section préventive de la trachée.

Evidemment, après l'ablation du larynx, les opérés ne peuvent ni parler, ni même émettre des sons inarticulés. Aussi a-t-on songé, dès le début de la laryngectomie totale, à utiliser des larynx artificiels, en se basant d'ailleurs sur des idées théoriques nullement démontrées, la théorie physiologique de la voix étant fort mal connue.

L'idée de la prothèse laryngée appartient à Czerny; mais c'est Gussenhauer qui l'essaya le premier sur l'opéré de Billroth, dont il était alors l'assistant. L'appareil employé dans cette circonstance se composait d'une canule trachéale et d'une canule laryngée, munie d'un petit couvercle en forme d'épiglotte. Une languette métallique ou pièce vocale complétait l'instrument, avec une soupape qui s'ouvrait dans l'inspiration et se fermait dans l'expiration.

Foolis fit construire aussi un appareil homogène. On introduisait d'abord une pièce laryngée, puis une canule trachéale; l'appareil vocal se plaçait dans cette dernière, comme on peut s'en assurer dans les figures publiées par Solis-Cohen et Schwartz. Plus tard, en 1883, Gussenbauer modifia sa première invention. Cette nouvelle canule avait des anneaux articulés et on pouvait enlever l'appareil vocal pour le nettoyer et faciliter la déglutition. Von Bruns employa pour le même usage, dès 1881, des membranes élastiques en caoutchouc et Mathieu construisit en France, pour MM. Péan et Labbé, des instruments plus ou moins comparables à celui de Foolis.

Il est inutile de faire remarquer que les malades n'ont jamais paru très enchantés de ces larynx trop artificiels, avec lesquels, probablement, ils n'ont jamais réellement pu parler (1), ce qui se conçoit assez. La plupart d'entre eux, d'ailleurs, les ont vite abandonnés.

(1) Avec ces appareils, on peut faire du *bruit*, mais non pas émettre des sons franchement articulés.

Les résultats fournis par l'extirpation totale ont été rassemblés d'abord par Schwartz en 1886, puis par Pinçonnat, dans sa thèse en 1890. Schwartz, en 1886, citait 95 cas, avec une proportion de 12 insuccès opératoires, soit 12.6 0/0. Pinçonnat, sur 171 cas, a enregistré 22 insuccès. soit 12.9 0/0. En bloc, ce sont presque les mêmes chiffres; mais on peut dire que la mortalité de l'opération n'est certainement pas aujourd'hui supérieure à 12 0/0.

D'après Pinçonnat, ces insuccès sont dus à l'hémorragie (4 cas), au collapsus (8 cas), à des embolies (1 cas), à des causes inconnues (9 cas).

Les accidents pulmonaires, qu'on observe encore trop fréquemment, sont : la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie, la gangrène pulmonaire. Schwartz en a cité 20 cas sur 95 opérés, soit 21 0/0. Par contre, sur les 171 observations réunies par Pinçonnat, on n'en note que 29, soit 16.9 0/0. On voit qu'ils vont en diminuant à mesure que l'opération devient plus commune et surtout depuis que les pansements sont mieux exécutés. Pour les premiers quinze jours, Schwartz donnait une proportion de 36.6 0/0; Pinçonnat n'arrive plus qu'à 12.22 0/0. C'est une diminution d'un tiers, c'est-à-dire un réel progrès, qui, très certainement, tient à l'antisepsie.

Pour les accidents tardifs, d'ordre pulmonaire, ou dus à l'inanition et à la suffocation, les chiffres n'ont pas varié depuis les premières statistiques et les 2/5 des opérés meurent après l'opération, aujourd'hui comme autrefois. La proportion de M. Schwartz était de 41 0/0 et celle de M. Pinçonnat est encore de 40.35 0/0. Ce dernier auteur n'a trouvé, en effet, que 102 guérisons définitives pour 171 cas.

Les chiffres fournis par l'extirpation partielle sont plus favorables. On note 36.3 0/0 de mortalité d'après Schwartz, au lieu de 41 0/0; 34.7 0/0, au lieu de 40.35 0/0 pour Pinçonnat (17 décès sur 49 opérations).

Pourtant, il ne faut pas trop se fier à cette comparaison des statistiques. La question des rédicives reste entière et, d'autre part, ces données, basées sur des opérations appartenant à divers chirurgiens, n'ont qu'une valeur tout approximative. Et, somme toute, l'ablation totale reste certainement encore la meilleure intervention pour les néoplasmes malins du larynx.

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'endocardite ulcéreuse à gonocoques, septicémie gonococcique.

Par Thayer (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital Baltimore*, avril 1896.)

Les observations cliniques de complications cardiaques de la blennorrhagie ne sont point une nouveauté. Depuis la note de Brandes (*Archives générales de médecine*, 1854), nombre de cas furent publiés où soit une endo, soit une péricardite surgissaient au cours de cette affection. Lacassagne, en 1872, dans ces mêmes *Archives*, après les avoir rappelés et y avoir décrit un cas personnel de péricardite, disait : « La blennorrhagie peut être compliquée par l'inflammation des séreuses; la localisation du processus est déterminée par la prédisposition individuelle ; les complications cardiaques sont plutôt rares ; lorsqu'elles éclatent, le péricarde est alors plus fréquemment atteint par le myo ou l'endocarde. »

Dans la majorité des cas où l'association de l'endo ou de la péricardite était cliniquement démontrée, il existait aussi de l'ar-

thrite. Cependant Morel, dès 1878, affirmait que le rhumatisme n'était pas l'intermédiaire nécessaire entre la lésion spécifique et l'inflammation des membranes séreuses, encore que la coexistence des deux lésions fut très fréquente. C'est ainsi que, récemment (*Arch. méd. belges*, 1895), Prévost rapportait un cas très intéressant où l'endo et la péricardite apparurent au cinquième jour du début d'un écoulement uréthral sans coexistence d'arthrite.

Mais s'il est bien établi que l'endo ou la péricardite peuvent surgir comme complications de la blennorrhagie, la nature vraie du processus et ses relations avec la lésion primitive sont loin d'être établies. Sans doute, depuis les travaux de Neisser, de Bumm, de Wertheim, les diverses complications de la blennorrhagie ont été étudiées avec minutie et tour à tour furent signalées comme séquelle de cette dernière : la conjonctivite, la cystite, la salpingite, l'épididymite, les arthrites et périarthrites, la péritonite, la pleurésie, les suppurations locales, la pyhémie, l'iritis, les névrites, la méningite, les méningo-myélites, l'albuminurie, etc., etc. ; toujours dans ces complications la question de la nature du processus restait en suspens. Si l'infection *per continuum* de l'utérus aux trompes, aux ovaires et au péritoine est clairement démontrée, si l'ophtalmie blennorrhagique a la valeur d'une véritable expérience, que dire par contre d'un iritis observé sans coïncidence de conjonctivite, comment expliquer les arthrites ou les complications nerveuses ; en un mot, comment résoudre la question : Le processus secondaire est-il réellement gonococcique et, si oui, quelle est sa relation avec la lésion primitive ?

Voyons avec Finger (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, Vienne 1894), les diverses éventualités qui peuvent se présenter :

a) La complication est produite par le gonocoque seul ; elle est purement gonococcique ;

b) La lésion de la muqueuse est l'huis par lequel entrent les cocci pyogènes provoquant la complication ; infection mixte ;

c) Les gonocoques produisent la complication qui sera ellemême compliquée plus tard par l'invasion de cocci pyogènes ; ces agents existent ensemble jusqu'au moment où, le gonocoque ayant succombé, il est alors entièrement remplacé par les cocci pyogènes ; infection secondaire ;

d) La complication est essentiellement de nature non microbienne ; elle est produite par l'absorption des produits de la pullulation du gonocoque dans l'urèthre ; complication de nature toxique.

Que les infections secondaires puissent exister dans la blennorrhagie, cela est clairement prouvé et ce fait à conduit maints observateurs à cette vue extrême qu'il en était toujours ainsi, c'est-à-dire que le gonocoque était par lui seul incapable de provoquer un processus inflammatoire secondaire ; cette idée est erronée, sans doute.

Dans l'arthrite, complication si commune de la blennorrhagie, Petrone, en 1883, trouvait microscopiquement, dans une jointure affectée, des microorganismes qu'il tenait pour des gonocoques et cette observation fut suivie de plusieurs autres également suggestives sinon positives. Deutschman, en 1890, dans des cas d'arthrites secondaires à de l'ophtalmie neonatorum, trouvait les diplococci caractéristiques en grain de café accouplés bien implantés dans le corps des cellules de pus. Ces cocci se décoloraient par le Gram et les cultures sur milieux ordinaires restaient négatives. Observation identique de Lindemann en 1892 : *Beitræge zur Augenheilkunde*. Hœck, en 1893, réussissait également à révéler la présence du gonocoque microscopiquement et en cultures pures dans l'articulation du genou d'un enfant atteint d'ophtalmie blennorrhagique ; de même Neisser, en 1894, de l'articulation du cou-de-pied d'un adulte. Enfin, Bordone-Uffreduzzi, en 1894, obtenait non seulement l'organisme en culture pure de l'articulation du cou-de-pied affectée, mais encore reproduisit une blennorrhagie typique par l'inoculation de la seconde génération de ces cultures dans l'urèthre d'un homme sain qui n'avait jamais auparavant souffert d'uréthrite. Ces cas sembleraient démontrer qu'en maintes circonstances le processus dans les jointures est de pure infection gonococcique, le gonocoque gagnant les articulations sans doute par la circulation.

Dans un cas récent, Finger, d'une arthrite du genou gauche consécutive à une ophtalmie neonatorum, obtenait des gonocoques microscopiquement et en cultures pures au cours de l'existence du sujet qui succombait aux suites d'un phlegmon du cou. A l'autopsie, des gonocoques seuls furent trouvés dans une aire de périchondrite du cartilage d'une côte ; des gonocoques et des streptocoques dans l'articulation où, au cours de l'existence, on n'avait trouvé que le gonocoque seul ; on trouvait aussi des streptocoques seuls dans l'articulation de la mâchoire à gauche ainsi que dans le phlegmon du cou. Il existait aussi des foyers de pneumonie à pneumocoques et streptocoques. Ce cas est tout particulièrement intéressant de par la diversité de développement des infections secondaires mixtes.

D'un foyer de suppuration du tendon du tibia antérieur, secondaire à une blennorrhagie, Jacobi et Goldmann obtenaient des spécimens microscopiques du pus, des gonocoques caractéristiques ; de même Bloodgood et Flexner dans un cas encore inédit. Lang et Paltauf le décelait en cultures prises d'un phlegmon du doigt survenu au cours d'une blennorrhagie aiguë ; Mazza, d'une pleurésie purulente compliquant une blennorrhagie, cas dans lequel existaient aussi de l'endo et de la péricardite. Wertheim, dans un cas de cystite, enlevait un morceau de la membrane muqueuse de la vessie et y trouvait non seulement toutes les cellules épithéliales infiltrées de gonocoques mais aussi un tissu connectif sous-épitbélial dont les capillaires étaient comblés par des amas gonococciques. Le patient était en même temps atteint de rhumatisme blennorrhagique. Krakow rapporte un fait d'infection puerpérale compliqué de suppurations articulaires, d'ophtalmie blennorrhagique et de bulles de pemphigus chez un nouveau-né : dans le vagin et dans le pus des articulations se trouvaient des gonocoques.

Et, cependant, la preuve que dans maints de ces cas les processus suppuratifs secondaires furent des métastases gonococciques authentiques n'est point assez forte pour justifier l'assertion que tous soient de même nature. La fièvre et les symptômes constitutionnels, l'albuminurie si fréquente, tous symptômes d'une intoxication générale, alors que les efforts sont vains pour démontrer la présence de bactéries dans les lésions du système nerveux, suggèrent fortement l'idée que ces phénomènes morbides pouvaient bien être dus à une toxine soluble. Il semble donc que l'on puisse admettre provisoirement que la blennorrhagie, maladie générale à point de départ local, provoque par son agent, le gonocoque : conjonctivite, épididymite, métrite, salpingite, synovite, pleurésie, processus locaux suppuratifs, etc., les cocci gagnant les aires affectées par voie sanguine ; tandis que, dans d'autres circonstances, les résultats négatifs des recherches microscopiques et des cultures dans les myélites, névrites, manifestations cutanées, iritis, ces lésions sont seules dues à une toxine.

Si l'on considère plus spécialement les complications cardiaques

de la blennorrhagie, on voit que peu de positif en a été dit. Martin, en 1872, rapporte un cas de blennorrhagie compliqué de prostatite, de cystite, d'endocardite ulcéreuse, d'abcès du myocarde et d'abcès métastatique des reins. Dans les thrombi des valvules et dans les foyers de suppuration il trouvait deux variétés de microorganismes, l'une ressemblant au gonocoque de Neisser. His trouvait, en 1892, dans les thrombi d'une valvule, dans un cas fatal d'endocardite ulcéreuse consécutive à une blennorrhagie, des microorganismes ressemblant aux gonocoques et se décolorant par la méthode de Gram ; malheureusement, le cœur avait été durci dans le liquide de Muller, ce qui rend le cas douteux.

Councilman rapporte en 1893 un cas de blennorrhagie avec prostatite, arthrite, péricardite et foyers de suppuration dans le muscle cardiaque. Le diplocoque caractéristique en grains de café accouplés était présent dans l'urèthre, les articulations, le péricarde et les abcès du cœur ; les microorganismes se décoloraient par le Gram. Winterberg, 1894, trouve des gonocoques sur les valvules dans un cas d'endocardite ulcéreuse consécutive à une blennorrhagie compliquée d'arthrite ; Leyden, en 1893, dans un fait d'endocardite ulcéreuse suite de blennorrhagie avec épididymite et arthrite, fit des cultures sur milieux ordinaires du sang pris d'une veine au cours de l'existence et du ventricule gauche après décès : les résultats furent négatifs, cependant l'examen microscopique donnait des gonocoques typiques dans le thrombus valvulaire : diplococci en grains de café accouplés, sans jamais l'arrangement en masses comme les staphylocoques ; un grand nombre de diplocoques se trouvaient classiquement dans l'intimité des cellules ; ils se décoloraient par le Gram. Il semble évident que, dans ce cas, les microorganismes présents étaient bien des gonococci et même en cultures pures, puisque les cultures faites sur les milieux ordinaires du sang veineux durant la vie et du sang du ventricule gauche après la mort restèrent stériles.

Voici maintenant un cas brièvement résumé qui semble prouver nettement l'existence d'une septicémie gonococcique ainsi que la possibilité d'une endocardite ulcéreuse due au gonocoque seul.

Une femme de 34 ans entre, en avril 1895, au Johns Hopkins Hospital, présentant la symptomatologie de l'asystolie ; elle succombe au bout de quelques semaines.

Diagnostic anatomique : Endocardite ulcéreuse à gonocoques ; infection générale gonococcique ; tuméfaction subaiguë de la rate ; infarctus splénique ; infarctus et gomme du poumon ; néphrite subaiguë ; congestion passive des viscères. Présence de gonocoques dans le vagin et l'utérus.

Examen macroscopique du cœur : Toutes les cavités sont distendues par du sang fluide ; l'endocarde à droite est lisse. La tricuspide est épaissie le long de son bord libre, mais elle n'est pas rétractée. Les valvules pulmonaires et aortiques sont normales. A la valvule mitrale, tout spécialement à son segment aortique, se trouvent attachées des masses thrombosiques. Saillant de la surface auriculaire de cette valvule, la surface ventriculaire étant relativement lisse, se voient de rouges granulations et, vers le segment aortique, une masse pédiculée, mesurant trois dixièmes de centimètre et se projetant dans l'oreillette. En général, ces végétations sont facilement enlevées ; la surface sous-jacente valvulaire est alors trouvée érodée, la perte de substance formant ainsi une véritable dépression. La végétation pédiculée est de coloration grisâtre et de consistance molle dans son intérieur ; sa surface est granuleuse ; elle est fermement attachée sur la valvule qui, en ce point, semble quelque peu épaissie.

Examen microscopique de spécimens durcis : Les valvules présentent la condition de l'endocardite subaiguë. Le processus consistait en une infiltration de la substance des valvules par des cellules de caractères et d'ordinations variés ; il devenait graduellement moins aigu de la surface à la profondeur. Sur la surface, les tissus sont infiltrés par un grand nombre de leucocytes polymorphonucléaires et par quelques cellules rondes. En général, ces leucocytes étaient réunis en masses et leurs nucléi étaient soit intacts, soient fragmentés ; les débris de ces nucléi se coloraient mal ; le tissu intermédiaire était granulo-fibreux. En procesus aigu en passant dans le processus subaigu, les leucocytes diminuaient en nombre et se trouvaient remplacés tout d'abord par de petites cellules rondes et fusiformes, puis par des cellules fusiformes seules, de sorte qu'à la base de la valvule il y avait du tissu connectif bien formé mais cellulaire.

Par places, disséminées dans les aires inflammatoires, se trouvent de grandes cellules pourvues de fines granulations sombres ; elles pouvaient, de prime abord, être prises pour des cellules contenant des bactéries, mais ce sont évidemment des « mastzellen ». La surface de la valvule est couverte par un caillot sanguin, dans lequel les éléments corpusculaires sont toujours très distincts ; il y a certainement une augmentation des éléments polymorphonucléaires dans le sang formant le caillot. Entourant le caillot en maints endroits, est une couche finement granuleuse qui a l'apparence, présentée parfois par les thrombi, de plaquettes de sang. Ce matériel se colore facilement par l'éosine et retient aussi les couleurs d'aniline dont on se sert pour démontrer les bactéries. Des diplocoques sont trouvés disséminés en petit nombre à travers les coupes, bien moins nombreux que l'on pourrait s'y attendre. Ce petit nombre est sans doute dû à la facilité avec laquelle ils sont décolorés. Ces diplocoques sont généralement de forme ovale, accouplés bout à bout en grains de café. On les trouve en nombre d'autant plus grand que le processus est lui-même plus aigu et plus spécialement dans ces aires où la fragmentation des nucléi est plus marquée. Parfois, les microorganismes sont situés hors des cellules, mais, en général, ils gisent très nettement dans l'intimité des leucocytes polymorphonucléaires. Un ou deux diplocoques furent vus dans le caillot sanguin, se trouvant sur la surface des valvules ; ils semblaient être libres dans le sang et non dans des leucocytes.

L'examen histologique des poumons, des bronches, de la rate, des reins, donne des lésions répondant au diagnostic anatomique ci-dessus.

On ne put jamais démontrer la présence de gonocoques dans aucun de ces organes.

Examen bactériologique. — Dans les préparations des végétations de la mitrale se trouvaient de nombreux leucocytes polymorphonucléaires et quelques leucocytes mononucléaires plus ou moins gros, de plus une quantité de matériel finement granuleux. Entre les éléments cellulaires, se tenaient des bactéries en grand nombre, petits cocci ovales, par paires, côte à côte, en grains de café accouplés; parfois de pseudo-chaînettes de 3 ou 4 éléments et plus rarement encore des éléments à ordination tétragène.

Les leucocytes polymorphonucléaires, presque tous sans exception, renfermaient des diplocoques, soit une ou deux paires dans le protoplasma, soit que le corps cellulaire entier fût remplacé par une masse de diplocoques. Dans un certain nombre de cas, non seulement le protoplasma mais aussi le nucléus était envahi et quelques paires de diplococci étaient vues siégeant dans le nucléus entouré d'une zone claire non colorable. On ne

trouvait de bactéries dans aucun leucocyte mononucléaire petit ou grand. Ces cocci présentaient l'aspect morphologique des gonocoques. Des préparations colorées par le violet de gentiane qui colore les cocci traitées par la solution de Lugol et l'alcool (Gram) se décoloraient complètement; aucun organisme ne retenait la couleur.

Des préparations faites du vagin et de l'utérus se comportaient exactement de même.

Cultures. — Du vivant de la malade, des cultures furent faites de son sang suivant la méthode Sittman. La région préalablement aseptisée, le sang fut pris de la médiane basilique au moyen d'une seringue stérilisée. Environ deux centimètres cubes de ce sang furent soigneusement mêlés avec un tube d'agar-agar puis plaqués; résultats négatifs. Un second essai donnait tout d'abord sur les lamelles des colonies de petits diplocoques ovales, parfois en grains de café accouplés. Transplantation sur l'agar-agar, la gélatine, la pomme de terre, le bouillon, etc., etc., avec résultats négatifs.

A l'autopsie, les cultures faites sur agar-agar ou sur sérum de bœuf du sang du cœur, des valvules, du foie, de la rate, des poumons et des reins furent toutes négatives.

Tbayer conclut que dans le cas ci-dessus les microorganismes trouvés sont des gonocoques de Neisser:

a) Leur forme et leur ordination sont caractéristiques;

b) Parfois libres, les cocci sont fréquemment trouvés dans l'intimité du protoplasma des leucocytes des thrombi valvulaires;

c) Sur les milieux ordinaires, les résultats des cultures furent négatifs;

d) Ils cultivaient sur une mixture de sang humain et d'agar-agar (1/3 de sang);

e) Ils se décoloraient traités par la méthode de Gram.

(*Arch. gén. de Méd.*) Cart.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

De l'application des tractions rythmées de la langue (procédé de Laborde) dans l'asphyxie du nouveau-né.

Voici encore une série de tentatives favorables du procédé divulgué par M. Laborde (de Paris) contre l'asphyxie des nouveau-nés.

M. Knapp (*Centralbl. für Gynæk.*, 1896, n° 28) vient de publier dix succès sur onze tentatives qu'il a faites, et il est à remarquer que les essais de Knapp sont les premiers qui aient été tentés en Allemagne dans ce sens.

Dans la plupart des cas où Knapp est intervenu, il s'agissait de cas d'asphyxie graves, et dans cinq cas, particulièrement, l'auteur n'a employé la méthode de Laborde qu'après échec des autres procédés et surtout du procédé donné par Schultze.

Voici donc quelles sont les conclusions de Knapp:

1° Même dans les cas en apparence désespérés, il ne faut pas abandonner l'enfant, mais essayer de le ranimer;

2° Il faudrait employer le procédé de Laborde dans une grande série de faits, afin de pouvoir le juger en connaissance de cause;

3° Cette méthode semble surtout applicable aux cas dans lesquels le procédé de Schultze n'est pas de mise, c'est-à-dire chez les enfants prématurés;

4° Le procédé des tractions rythmées est fort simple, et il n'effraie ni la jeune mère ni son entourage, à l'encontre de ce qui se voit avec d'autres méthodes;

5° Le procédé de Laborde présente ce grand avantage de pouvoir être appliqué aux enfants, alors que ceux-ci sont placés dans un bain chaud. De cette façon, on ne risque pas de refroidir le nouveau-né, pendant qu'on essaie de le ranimer;

6° Les tractions rythmées de la langue produisent parfois un gonflement passager de la langue, de même que de légères suffusions sanguines de cet organe. Mais ces lésions ne s'observent qu'au niveau de la pointe.

Tuberculose et actinomycose.

Von Eiselsberg a vu un malade atteint d'actinomycose guérir par les injections de tuberculine. Puis, si certains auteurs ont obtenu des succès, d'autres n'ont eu que des insuccès.

L. Friedrich (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1896, vol. XLIII, fasc. VI) publie l'observation d'un cas d'actinomycose de la paroi abdominale qu'il a traité par les injections de tuberculine et où le résultat obtenu a été absolument nul. Et, cependant, la malade, contrairement aux malades présentées par les différents auteurs, a subi un traitement de six mois. On a pu injecter jusqu'à un gramme de tuberculine sans qu'il survînt d'accidents, quoique la malade présentât à l'autopsie (la mort eut lieu par affection intercurrente) des lésions de tuberculose pulmonaire passées inaperçues. La réaction de la malade tuberculeuse à la tuberculine ne s'est produite que deux ou trois fois lorsque l'on injectait les plus fortes doses de tuberculine.

L. Friedrich donne donc les conclusions suivantes:

Il n'est nullement démontré que la tuberculine soit le remède de l'actinomycose. Les guérisons attribuées à l'emploi de la tuberculine s'expliquent peut-être plus simplement par la tendance naturelle de l'actinomycose à la guérison spontanée. L'administration prolongée de tuberculine ne détruit pas le micro-organisme spécifique, n'affaiblit même pas sa virulence ni n'augmente la résistance de l'organisme envers le processus actinomycosique.

Chez l'homme la tuberculine administrée pendant longtemps accoutume l'organisme qui ne présente plus bientôt la réaction générale.

Chez la malade en question, la réaction fébrile, consécutive à l'injection de tuberculine, ne peut être attribuée à l'actinomycose, l'autopsie ayant démontré chez elle l'existence de foyers tuberculeux. On n'a pas observé, de plus, à la suite des injections, de réaction locale au niveau du foyer d'actinomycose.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre.

M. Cadet de Gassicourt donne lecture du discours prononcé par M. Bergeron sur la tombe de M. Lagneau, membre de l'Académie de Médecine.

M. Hervieux lit à l'Académie une réponse de M. Flaissières, maire de Marseille, faisant suite au rapport lu quelques jours auparavant sur l'état sanitaire de cette ville et l'épidémie de variole qui y règne.

M. Flaissières rappelle qu'un service de vaccination gratuite installé en 1886 a fonctionné depuis lors, et que le 5 novembre 1895, la municipalité a créé un institut local de vaccine animale. Il conclut en disant qu'il n'existe actuellement aucune épidémie à Marseille et, qu'au cours de l'été, la mortalité est restée au-dessous de la moyenne.

M. Hervieux, s'appuyant sur la statistique, montre que la variole n'a pas cessé de régner à Marseille. Il attribue ces résultats à ce que les mesures prises ont été trop tard appliquées, et trop peu actives.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 1er au 5 septembre 1896.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Bouilly (de Paris) a lu sur cette question un rapport dont voici le résumé :

On peut classer les abcès pelviennes au point de vue du traitement chirurgicale de la façon suivante :

1° Phlegmon péri-utérin ou périmétrite;

2° Pyosalpingites et ovarites suppurées;

3° Pelvi-péritonites et péritonites suppurées;

4° Suppurations complexes où le tissu cellulaire péri-utérin, les trompes, les ovaires et le péritoine prennent ensemble part à la constitution de collections de pus, où il existe des fistules faisant communiquer ces suppurations avec la peau ou bien avec les organes creux du voisinage.

Il existe trois grandes méthodes de traitement :

a) L'incision simple abdominale ou vaginale avec drainage;

b) La laparatomie avec ouverture ou ablation des poches suppurées;

c) L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin grâce à l'hystérectomie vaginale préalable.

On fait l'incision simple avec drainage des abcès pelviens d'origine cellulaire au point où cet abcès fait saillie. On traite de même les hématocèles suppurées et les collections péritonéales primitives. On traite encore ainsi les abcès pelviens enkystés siégeant dans les annexes, à condition que la poche soit unilatérale, à parois peu épaisses, fluctuante, bas située sur le côté de l'utérus ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact de la paroi du vagin. Cette incision vaginale se commande lorsque les suppurations des annexes ont une marche très aiguë, une nature très virulente contre-indiquant la laparotomie.

Cette incision vaginale n'est toutefois qu'une opération d'attente très souvent suffisante pour donner la guérison et ne nuisant jamais, quoiqu'elle s'accompagne d'une fistule, à l'ablation ultérieure des annexes par l'hystérectomie vaginale.

Voici maintenant, quelles sont, d'après M. Bouilly, les indications bien déterminées de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes :

On doit avoir recours à la laparotomie toutes les fois que l'on suppose l'*unilatéralité* des lésions, surtout lorsque ces lésions ne sont pas suppurées. Mais si elles sont suppurées, il est évident que cette considération perd de sa valeur.

Puis, le doute sur la nature des lésions doit encore faire choisir la voie abdominale.

Enfin, la *situation* des poches purulentes par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux doit être encore prise en considération. A ce point de vue, il ne faut opérer par la laparotomie que les poches haut situées, fixées aux cornes et au fond de l'utérus, éloignées du col et des culs-de-sac vaginaux. Ici l'hystérectomie ne permet qu'une ouverture aveugle et précoce et peut donner lieu à une infection péritonéale aigue par souillure des anses intestinales au milieu desquelles ces poches sont situées, anses qui ne sont pas encore protégées par une barrière d'adhérences péritonéales organisées.

Dans tous les autres cas, c'est vraiment l'hystérectomie vaginale qui doit être le traitement de choix des suppurations pelviennes.

C'est elle surtout qui peut guérir les suppurations chroniques du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée, et le plus souvent en communication avec les organes du voisinage.

Et ici, enlever l'utérus sans toucher à la poche suppurée, c'est pratiquer le meilleur drainage possible de cette poche.

En résumé, l'avantage dans le traitement des suppurations pelviennes reste à l'hystérectomie vaginale qui s'adresse au plus grand nombre des cas. Et appliquée aux cas simples, l'hystérectomie vaginale donne encore une proportion de succès égale sinon supérieure, à la laparotomie.

L'ablation de l'utérus est même tellement importante dans ce traitement des suppurations pelviennes que les laparotomistes eux-mêmes en ont reconnu la nécessité et pratiquent, par l'abdomen, à la fois l'ablation de l'utérus et de ses annexes.

A la vérité, cette ablation assure un drainage parfait qui est probablement tout le secret des succès de l'hystérectomie vaginale.

Enfin, les troubles généraux consécutifs à la suppression du flux menstruel paraissent être moins marqués après la castration utéro-annexielle qu'après la simple ablation des annexes.

Au total, c'est l'hystérectomie vaginale qui est par excellence la méthode de traitement des suppurations pelviennes, et ses contre-indications seules sont du ressort de la laparotomie.

M. Sænger (de Leipzig), après avoir donné le tableau et les indications spéciales de chacune des opérations qui ont été proposées dans le traitement des suppurations du bassin, résume en montrant qu'il y a, en vérité, deux groupes principaux de procédés, les *procédés vaginaux* et les *procédés abdominaux*, formant deux séries parallèles s'étendant chacune des opérations conservatrices aux opérations radicales.

L'origine des procédés opératoires conservateurs vient de l'influence nuisible que l'on a reconnue à l'ablation prématurée des ovaires et à l'extirpation complète de tout l'appareil génital interne féminin, surtout chez des femmes jeunes.

C'est pour combattre ces troubles que Landau a proposé l'emploi des principes de Brown-Séquard et a fait ingérer aux femmes opérées du tissu ovarien animal ou bien leur a fait des injections de suc ovarien. Mais c'est là une méthode à l'essai, et Sænger lui préfère la conservation dans la mesure du possible des organes contre l'absence desquels la méthode de Landau se propose d'agir.

Sænger est donc loin de considérer l'utérus comme une « quantité négligeable » et de l'enlever, quand il est sain, sous prétexte de pouvoir traiter plus aisément les annexes. Au contraire, si l'utérus est lui-même malade, il n'hésite plus à en faire l'ablation.

D'autre part, l'ablation de l'utérus se recommanderait d'autant plus, dans ces affections suppurées du bassin, que la femme serait plus proche de la ménopause.

Sænger montre ensuite que les chirurgiens allemands ont tendance à pratiquer des opérations radicales, mais par la voie des ligatures. De plus, la majorité des opérateurs est restée fidèle à la salpingo-oophorectomie par voie abdominale ainsi qu'à l'emploi limité de l'hystérectomie et de l'hystéro-salpingo-oophorectomie par voie vaginale et par le procédé des ligatures.

Sænger lui-même, depuis le mois de novembre 1893, a fait 44 fois l'hystérectomie vaginale et l'hystéro-salpingo-oophorectomie avec l'emploi des pinces, mais il en est revenu aujourd'hui à l'emploi des ligatures. Pendant la même période de temps, il a opéré 36 cas de suppurations pelviennes par la voie abdominale et toutes ses malades ont guéri.

On pourrait, dit-il, faire à l'hystérectomie vaginale les reproches suivants : elle ne limite pas l'intervention dans un sens conservateur puisqu'elle a besoin d'abord d'enlever l'utérus, elle court le risque de léser l'intestin adhérent, elle peut laisser passer inaperçues certaines collections purulentes éloignées telles que les appendicites. Elle provoque les menaces d'une hémorrhagie grave si le pincement présente quelques défectuosités.

Sænger montre ensuite que la laparotomie, singulièrement améliorée dans ces derniers temps par l'emploi de l'asepsie, la narcose à l'éther, la position élevée de Trendelenbourg, le drainage à la gaze et la fermeture de l'abdomen, reste une intervention

plus radicale que l'hystérectomie vaginale. C'est, en somme, le summum de l'intervention radicale procédant d'une part de l'extirpation de l'utérus fibro-myomateux, et, d'autre part, du fait qu'après la salpingo-oophorectomie par la voie vaginale, l'utérus conserve les pédicules, les ligatures donnant lieu à une série de troubles et de symptômes douloureux qui nécessitent le plus souvent une extirpation consécutive de l'utérus par la voie vaginale.

Sænger considère enfin le drainage comme nécessaire dans les opérations abdominales, toutes les fois que du pus virulent a contaminé la main de l'opérateur, ou une région intacte du ventre; dans tous les cas où l'hémostase n'est pas parfaite, ou lorsqu'il y a eu écoulement de pus virulent; enfin quand il existe une fistule avant l'opération et aussi quand une perforation de l'intestin se produit au cours de l'opération ou est à craindre dans la suite. Dans tous ces cas on donnera la préférence au drainage par tamponnement, d'après la méthode de Mikulicz.

M. Howard Kelly (de Baltimore), corapporteur, a envoyé au Congrès le rapport suivant qui a été lu par M. le secrétaire général du Congrès :

Le traitement chirurgical des suppurations pelviennes comprend actuellement quatre grandes méthodes opératoires : la ponction par le vagin, le traitement opératoire conservateur, la salpingo-oophorectomie simple, et enfin l'hystéro-salpingo-oophorectomie.

On doit essayer la *ponction vaginale* avant de recourir à la laparotomie, lorsqu'il existe des masses inflammatoires compactes, siégeant sur les côtés ou en arrière de l'utérus, se trouvant en contact immédiat avec le vagin et séparées par des adhérences de la cavité péritonéale. De même, la ponction vaginale devra être faite, avant de se décider à faire la laparotomie, dans les cas anciens où il existe un trajet fistuleux s'ouvrant dans le rectum, la vessie ou au niveau de la paroi abdominale antérieure, dans la pelvipéritonite enkystée, et enfin dans les cas d'hydrosalpinx volumineux où la trompe peut facilement être atteinte par la voie vaginale.

Pratiquée dans ces conditions, la ponction vaginale, qui donne une mortalité inférieure à 2 0/0, est suivie de guérison en huit à dix jours. Les fonctions de la menstruation et de la conception restent intactes et on n'observe jamais de troubles nerveux consécutifs, comme après l'hystéro-salpingo-oophorectomie.

L'opération présente, toutefois, quelques dangers qui sont : l'hémorrhagie, la perforation du rectum ou de l'intestin (deux cas), et la péritonite par pénétration du pus dans la cavité abdominale, sans que je connaisse, d'ailleurs, un seul cas de cette dernière complication.

La ponction vaginale ne donnera pas de guérison complète lorsque, en plus de l'abcès, il existe de la cellulite s'étendant aux parois pelviennes et comprimant les troncs nerveux et vasculaires. De même, si la malade est atteinte d'un rétrécissement notable du rectum dû à la présence de tissu inflammatoire périrectal, ce rétrécissement persistera après guérison de l'abcès et donnera lieu à des troubles post-opératoires.

Dans quelques cas, il sera nécessaire de faire une laparotomie exploratrice, pour se rendre un compte exact de l'état des lésions et examiner si une opération radicale n'est pas nécessaire, ou bien pour éviter de ponctionner l'intestin qui se trouve parfois interposé entre l'abcès et la paroi vaginale, ou, enfin, pour faciliter l'évacuation complète du pus, en guidant l'instrument dans les cavités d'anciens abcès ou dans les poches de pyosalpinx doubles.

Lorsqu'il s'agit de la simple ponction vaginale, on aura soin, après désinfection soignée du vagin, de choisir l'endroit le plus favorable pour la ponction, en évitant les artères utérines, les uretères et la vessie. La ponction faite, on introduit l'index ou des ciseaux dans la poche purulente, de façon à élargir l'ouverture, et l'on emploie même, si cela est nécessaire, de gros dilatateurs utérins. Enfin, il est bon de laver la poche avec la solution salée physiologique, sauf s'il y a lieu de supposer qu'il existe une communication avec la cavité péritonéale. Un drainage est ensuite établi, soit avec de la gaze, soit au moyen d'un tube de caoutchouc ou d'une canule en argent. On doit laisser le drain en place pendant cinq jours, en faisant des irrigations dans la cavité avec une solution faible d'acide borique ou de peroxyde d'hydrogène. Au bout de ces cinq jours, on change le drain ou la gaze et on les enlève définitivement trois jours plus tard. Bien entendu, des irrigations vaginales seront faites deux fois par jour avec une solution boriquée, jusqu'à cessation de tout écoulement. Lorsque la convalescence suit son cours normal, on peut faire lever la malade au huitième jour; dans le cas contraire, il faut exiger quinze jours de lit.

Lorsque, après examen préalable, on se décide à faire une laparotomie exploratrice avant la ponction vaginale, l'incision abdominale ayant été recouverte d'une compresse et la malade placée en position périnéale, l'opérateur doit conserver une de ses mains désinfectée, pour le cas où l'exploration bimanuelle à travers l'incision abdominale deviendrait nécessaire, et il devra se désinfecter à nouveau si ses deux mains viennent en contact avec le vagin.

D'après les observations cliniques que j'ai pu réunir, le trajet fistuleux se ferme habituellement du dixième au vingtième jour et il reste rarement ouvert. Dans les cas de longue durée, lorsqu'il existe un trajet fistuleux communiquant avec le rectum, la vessie ou la paroi abdominale antérieure, il faudra souvent maintenir la fistule vaginale ouverte pendant deux à trois mois, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'ancien trajet fistuleux soit fermé.

Ma statistique, qui comprend 39 cas, m'a donné 1 mort, 15 guérisons complètes et 9 guérisons partielles; 4 malades sont encore en traitement; 5 autres sont revenues pour subir une deuxième ou une troisième ponction vaginale et, chez 3 autres, il a fallu faire ultérieurement une opération radicale; enfin, j'ai dû inciser l'une de mes opérées pour une appendicite suppurée et la dernière n'a pas été revue.

Je n'insisterai pas sur la deuxième méthode, correspondant au traitement opératoire conservateur et consistant soit dans la libération des adhérences et la ponction vaginale des trompes purulentes rapprochées du vagin, soit dans l'ablation de la trompe ou de l'ovaire d'un côté seulement.

Je ne veux pas non plus m'arrêter sur la salpingo-oophorectomie simple, qui, quelquefois, est combinée avec l'amputation d'une corne utérine, lorsqu'il existe un foyer purulent isolé dans cette corne.

Il me reste à parler de l'hystéro-salpingo-oophorectomie abdominale, qui trouve ses indications, soit dans les cas de pyosalpinx double, inaccessible par la ponction vaginale, ou adhérent et accompagné de métrite et d'endométrite purulentes, soit dans les cas d'abcès pelviens compliqués d'appendicite, ou d'adhérences comprimant l'intestin grêle, ou encore de trajets fistuleux aboutissant à la courbure sigmoïde ou à l'intestin grêle, soit enfin dans les cas d'abcès pelviens accompagnés de myomes.

Cette opération présente de grands avantages au point de vue de l'absence de difficultés, de l'examen facile des lésions, de la commodité avec laquelle on peut pincer et lier les vaisseaux et du défaut de résidus post-opératoires et d'adhérences pouvant entraîner ultérieurement de l'obstruction intestinale.

Il n'est pas nécessaire d'établir un drainage par l'abdomen et il suffit de faire passer de la gaze de l'abdomen dans le vagin, à travers le col dilaté; on suture ensuite le péritoine en surjet pardessus le pédicule utérin.

On n'observe pas de shock à la suite de l'intervention; la convalescence est rapide et la guérison est complète du seizième au vingt et unième jour. Dans un seul cas, j'ai constaté un prolapsus du pédicule cervical.

M. Henrotin (de Chicago) montre quel intérêt il y a pour les malades à se contenter, autant que possible, d'opérations conservatrices. A ce point de vue, il est certain que les malades proches de la ménopause ou ayant déjà subi une opération antérieure sont plus justiciables d'une opération radicale que les jeunes filles ou les jeunes femmes pour lesquelles on peut temporiser encore.

Puis, l'orateur insiste sur les bienfaits de l'incision vaginale précoce. Chaque fois que l'on a fait le diagnostic d'une infection pelvienne localisée, il faut, sans plus tarder, pratiquer sous le chloroforme l'incision du cul-de-sac postérieur, suivie de l'exploration digitale allant à la recherche des exsudats et ouvrant les collections que le doigt rencontre.

Cette incision doit être précédée d'un curettage et complétée par un drainage parfait.

Ce traitement aurait donné à M. Henrotin 90 0/0 de guérison radicale toutes les fois qu'il a été appliqué de bonne heure pour des lésions récentes.

M. Richelot (de Paris) reconnaît que la laparotomie triomphe dans le traitement des suppurations pelviennes toutes les fois qu'il y a des organes à respecter. Mais il insiste sur ce fait qu'elle ne donne pas toujours une guérison définitive.

D'abord, la laparotomie présente une gravité variable suivant la qualité du pus et, quand le pus est d'une virulence extrême, il y a des cas où, quoi qu'il fasse, le chirurgien est désarmé. De plus, le danger existe aussi souvent du côté de l'intestin grêle adhérent.

D'autre part, les opérations incomplètes peuvent laisser des fistules incurables. Enfin, même après les opérations menées à bien, les castrations ovariennes bilatérales laissent un utérus infecté, congestionné, douloureux, et l'on est souvent conduit à faire secondairement l'hystérectomie vaginale.

C'est pour toutes ces raisons que l'orateur préfère à la laparotomie l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. L'hystérectomie vaginale, en effet, ne contamine pas le péritoine, ne blesse pas l'intestin, n'oblige pas, comme la laparotomie, à l'extirpation totale des annexes pour avoir un bon résultat, enfin, ne laisse pas de fistules rebelles, parce que, après la castration utérine, les poches purulentes reviennent rapidement sur elles-mêmes.

M. Hartmann (de Paris). — Il est un fait aujourd'hui admis par presque tous les gynécologues, c'est que beaucoup de malades atteintes d'accidents annexielles guérissent par un simple traitement médical. C'est particulièrement le cas des femmes qui présentent, au début, des accidents graves pelvi-péritonitiques d'origine blennorrhagique et pouvant faire envisager l'avenir comme très endommagé. Si, dans ces conditions, il n'y a pas guérison absolue des accidents, il faut convenir que la femme, ne souffrant plus, n'est pas plus justiciable d'une intervention sur son ovaire que l'homme n'est justiciable d'une intervention sur un noyau secondaire à une épididymite blennorrhagique. Conclusion : sauf le cas de lésions manifestement suppurées, il faut d'abord, avant de tenter toute intervention chirurgicale, attendre les bons effets du repos au lit combiné à l'antisepsie vaginale.

Le traitement des inflammations périmétritiques commence à devenir vraiment opératoire lorsqu'on pratique la dilatation et le curettage de l'utérus. Mais je pense que ces opérations, pour donner des succès, doivent être réservées aux cas de tumeurs annexielles suppurées, volumineuses, ou bien parfaitement circonscrites, quoique d'un volume peu accentué.

Depuis le 1er janvier 1893, j'ai fait, pour inflammations annexielles et périannexielles, 167 interventions. J'ai eu huit morts, ce qui donne une mortalité moyenne de 4.79 0/0. Il y a eu une mort par syncope chloroformique survenue au début d'une opération pour grossesse tubaire rompue avec hémorrhagie interne, ce qui nous donne 7 morts sur 166 cas, soit une mortalité de 4.22 0/0.

Ces 166 cas se décomposent ainsi :

a) 104 coeliotomies, avec 4 morts, soit une mortalité de 3.8 0/0. Ce groupe comprend 47 annexites suppurées (3 morts); 11 grossesses ou avortements tubaires (1 mort); 10 hydrosalpingites, dont 2 avec pédicule tordu; 27 annexites simples; 9 ovaires scléro-kystiques;

b) 39 hystérectomies vaginales, avec 3 morts, soit une mortalité de 7.68 0/0. Dans cette catégorie, rentrent 19 cas suppurés (2 morts) et 20 non suppurés (1 mort);

c) 22 colpotomies postérieures sans décès. Ces opérations ont été faites 14 fois pour lésions suppurées, 6 fois pour hématocèle, 2 fois pour collections séro-fibrineuses du cul-de-sac postérieur;

d) A côté de ces 22 colpotomies, nous rangerons l'incision abdominale de péritonite enkystée péri-annexielle, constituant une poche recouverte par l'épiploon, poche que nous avons simplement ouverte par une incision faite en dehors du muscle droit de l'abdomen.

Dans toutes ces opérations, c'est l'hystérectomie vaginale qui nous a donné les meilleurs résultats. Il semble que cette opération l'emporte sur tous les autres modes de traitement.

Cependant, nous ne la proposerons pas comme le procédé de choix. Car, outre que l'ablation des annexes n'est pas toujours possible par le vagin, il persiste souvent après l'hystérectomie de petites douleurs.

L'aléa dans l'hystérectomie vaginale est peut-être plus grand que dans la coeliotomie devenue bien réglée depuis qu'on intervient en voyant tout ce qu'on fait, en opérant sur plan incliné, avec des compresses stérilisées, recouvrant les intestins et limitant le champ opératoire. Aussi, je considère l'intervention comme plus grave par la voie vaginale. Autre point : on a tout intérêt, dans le traitement des suppurations annexielles, à conserver la fonction. Or, la castration vaginale ne conserve rien; la fonction est, au contraire, un certain nombre de fois conservée quand on opère par l'abdomen.

C'est cette même tendance conservatrice qui fait que je recours beaucoup, depuis quelque temps, à la simple incision vaginale. J'ai ainsi opéré 21 femmes qui sont restées guéries. Si j'y ajoute 26 opérées par voie abdominale auxquelles j'ai pu conserver un côté, cela porte à 47 femmes sur 127 malades, c'est-à-dire 1 sur 3, le nombre des femmes auxquelles nous avons conservé les attributs de leur sexe. L'une d'elles a déjà mené une grossesse à bien. Aucune n'a continué à souffrir de ces troubles qui accompagnent si souvent l'hystérectomie vaginale ou les castrations bilatérales : bouffées de chaleur, phénomènes congestifs divers, etc.

En résumé, la simple incision vaginale nous paraît applicable aux collections saillantes dans le cul-de-sac postérieur unilatérales et pas trop haut situées.

Les indications de l'hystérectomie sont les foyers multiples, et la présence d'une gangue immobilisant complètement l'utérus.

Mais pour toutes les grosses tumeurs, haut situées, unilatérales, nous lui préférons la laparotomie, quitte à faire suivre, le cas échéant, la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus par l'abdomen, lorsque cet organe est gros, suppurant et friable.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générales, est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1896-1897.

Un congé pour le premier semestre de l'année scolaire 1896-1897 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Montpellier.

M. le docteur Rodet, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, est chargé du cours de microbiologie.

Ecole de médecine d'Amiens.

M. le docteur Lenoël, professeur de clinique obstétricale, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire.

VARIA

Dans son rapport, lu dernièrement à l'Académie de médecine, sur le service de la vaccine en France pendant l'année 1895, M. Hervieux avait été amené à étudier la situation sanitaire de Marseille au point de vue de la variole, et il avait signalé les dangers que cette ville présente tout particulièrement en ce qui touche à la dissémination de la maladie au dehors de ce centre populeux et cosmopolite.

Dans la dernière séance de l'Académie, M. le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une lettre de M. le docteur Flaissières, maire de Marseille, portant en substance : 1° qu'il n'y a d'épidémie à Marseille d'aucune espèce et qu'au cours de cet été la mortalité est restée au-dessous de la moyenne ; 2° que le service de vaccination directe à la génisse fonctionne gratuitement dans cette ville depuis le 5 novembre 1895.

Dans la même séance, M. Hervieux a maintenu ses précédentes déclarations et fait connaître que le chiffre des décès par variole pour le premier semestre de l'année 1896 a été de 358 à Marseille, tandis qu'à Paris il est depuis longtemps de 1 1/4 par mois.

ACTES OFFICIELS

MM. les docteurs Barbé-Guillard (de Dinan), Coffec (de Quimper), Goupil (de Ploërmel) et Jouhert (de Saint-Domineuc), sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

M. le docteur Arloing (de Lyon) est nommé officier du Mérite agricole.

M. le docteur Billot (de Corrèze) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Le ministre de l'intérieur a décerné, aux personnes ci-après désignées, des médailles d'honneur en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémies qui ont sévi dans les départements d'Alger et de Constantine en 1893, 1894 et 1895 :

Médaille d'or. — M. le docteur Treille (d'Alger).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Chassaigne (de Châteaudun-du-Rhumel), Martin (de Constantine) ; MM. Goinard, Maurin, Nesmes et Rouquet, internes à l'hôpital de Mustapha ; Poli, interne à l'hôpital de Bône.

Médailles de bronze. — M. le docteur Ammar (de Bône) ; MM. Avon et Cabanes, internes à l'hôpital de Mustapha.

La suite de la **Physiologie de la déglutition** *paraîtra dans notre prochain numéro.*

NOTES POUR L'INTERNAT

TRACHÉE ET BRONCHES EXTRA-PULMONAIRES

Définition.

Conduit trachéo-bronchique qui s'étend du cartilage cricoïde au hile du poumon.

Etudier successivement :

A. *Trachée-artère* dans les portions cervicales et thoracique.

B. *Bronches extra-pulmonaires.*

A. Trachée-artère.

Direction.

Verticale d'avant en arrière et de haut en bas.

Dimensions.

Longitudinale.

12 centimètres (adultes).

8 centimètres (enfants).

Transversale.

A la partie supérieure : diamètre antéro-postérieur plus grand que le transverse.

A la partie inférieure : disposition inverse.

Calibre.

En rapport avec le volume du poumon.

Se rétrécit (inspiration).

Se dilate (expiration). Nicaise et Lejars.

Forme.

Cône à sommet supérieur.

Rapports.

I. Portion cervicale ou chirurgicale (trachéotomie et œsophagotomie externe).

1° Face antérieure.

α *Sur la ligne médiane.*

De la superficie à la profondeur : peau, tissu cellulaire souscutané, ligne blanche cervicale antérieure.

β *Sur les côtés.*

Sterno-thyroïdien et thyro-hyoïdien, isthme du corps thyroïde (quatre premiers anneaux de la trachée).

Appareil vasculaire du corps thyroïde (trachéotomie) ; pédicule du corps thyroïde.

Deux artères thyroïdiennes supérieures (carotide interne) ; région thyroïdienne.

Deux artères thyroïdiennes inférieures (sous-clavière) ; région sous-thyroïdienne, dangereuse dans la trachéotomie à cause de sa richesse vasculaire.

Plexus veineux thyroïdien (veines superficielles et profondes).

Tronc veineux brachio-céphalique gauche qui peut déborder la fourchette sternale : thymus (enfants).

Anomalies artérielles : carotide primitive ou sous-clavière droite qui naît à gauche ou inversement ; artère médiane de Neuhauer.

Aussi, pour éviter ces hémorrhagies, a-t-on recours à la trachéotomie supérieure ou juxta-cricoïdienne.

2° Faces latérales.

Faire une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien comme pour l'œsophagotomie externe :

Lobes du corps thyroïde :

Suivent la trachée dans ses mouvements (signe de la localisation d'une tumeur cervicale au corps thyroïde).

Des deux lèvres qui circonscrivent le bord postérieur de chaque lobe, l'externe est en rapport avec le *pneumogastrique* entre la jugulaire interne et la carotide primitive, l'interne est en rapport avec le récurrent situé à droite à la face postérieure de la trachée, à gauche dans l'angle dièdre à sinus antérieur formé par la trachée et l'œsophage.

Trois chaînes de ganglions lymphatiques : la 1re prévasculaire, 2e la rétrovasculaire, la 3e récurrente, accompagnent l'artère cervicale ascendante.

3° Face postérieure.

Œsophage qui déborde la trachée à gauche (œsophagotomie externe se pratique du côté gauche).

II. Portion thoracique.

La trachée est avec l'œsophage le conduit le plus important du médiastin postérieur.

1° Face antérieure.

α *Partie supérieure :*

Tronc veineux brachio-céphalique gauche qui la croise.

β *Au-dessous :*

A droite : Tronc brachio-céphalique artériel, qui se dirige en haut et en dehors.

A gauche : Carotide primitive qui forme avec la précédente un angle dièdre.

Ces vaisseaux naissent de la portion horizontale de la *crosse de l'aorte* qui déprime la face antéro-latérale gauche de la trachée, en passant du médiastin antérieur dans le médiastin postérieur.

2° Face postérieure.

Œsophage.

3° Faces latérales.

A gauche : Plèvre médiastine gauche, récurrent gauche, crosse de l'aorte.

A droite : Plèvre médiastine droite, veine cave supérieure, grande azygos qui croise la trachée d'arrière en avant et limite en haut le cul-de-sac pleuro-œsophagien décrit par M. Quénu.

A la partie inférieure et de chaque côté de la trachée : Ganglions juxtatrachéaux.

4° Au niveau de la bifurcation (2° espace intercostal) :

Péricarde et oreillettes.

En avant de la trachée et sur un plan un peu inférieur :

Bifurcation du tronc de l'*artère pulmonaire*, surtout la branche droite.

Ganglions intertrachéobronchiques de Baretti.

Plexus cardiaque et ganglion de Weisberg inscrits dans le quadrilatère limité :

En haut, par la portion horizontale de la crosse de l'aorte;

En bas, par la branche droite de l'artère pulmonaire;

A droite, par la portion ascendante de la crosse de l'aorte;

A gauche, par le cordon fibreux résultant de l'oblitération du canal artériel fœtal.

B. Bronches.

Ligne de démarcation entre les médiastins antérieur et postérieur.

Situation.

Répondent :

En avant.

A la partie interne du deuxième espace intercostal.

En arrière.

A l'intervalle qui sépare la troisième de la quatrième vertèbre dorsale (bronche droite).

A l'intervalle qui sépare la quatrième de la cinquième vertèbre dorsale (bronche gauche).

Longueur.

15 millimètres (droite).

30 millimètres (gauche).

Calibre.

16 millimètres (droite).

12 millimètres (gauche).

Direction.

Oblique en bas et dehors (obliquité moins marquée à droite).

Rupports.

α Communs aux deux bronches : Hile du poumon.

1° Artère pulmonaire.

A la partie antérieure et supérieure de la bronche.

2° Veines pulmonaires.

A la partie antéro-inférieure de la bronche sur un plan un peu postérieur à l'artère.

3° Vaisseaux bronchiques.

A la face postérieure de la bronche.

4° Nerfs.

Plexus pulmonaire (rameaux du pneumogastrique et du grand sympathique) surtout à la face postérieure.

Plexus cardiaque à la face inférieure de la bronche.

5° Vaisseaux lymphatiques et ganglions lymphatiques.

Accompagnent les bronches jusqu'à la quatrième division et aboutissent exclusivement aux *ganglions péritrachéobronchiques de Baretti.*

Intertrachéobronchiques entre les deux bronches.

Juxtatrachéaux droit et gauche dans l'angle externe de la trachée et de la bronche correspondante.

Par ces ganglions, les lymphatiques des bronches, poumons et plèvres sont en relation avec l'anse lymphatique qui suit le trajet de chaque nerf récurrent et qui se continue avec les deux chaînes lymphatiques pré- et rétro-vasculaire du cou et le confluent rétro-sterno-claviculaire (adénopathies similaires de Parrot, adénite sous-claviculaire gauche de Troisier).

6° Plèvre.

Les deux feuillets de la plèvre médiastine qui se dirige du sternum vers la colonne vertébrale contournent la face supérieure du pédicule pulmonaire s'écourtent à la face inférieure de ce pédicule pour s'étaler en formant le *ligament triangulaire du poumon.*

7° Nerf pneumo-gastrique.

Croise la face postérieure de la bronche correspondante avant de s'appliquer contre la face latérale de l'œsophage.

B. Spéciaux.

A. Droite.

En avant.

Portion obliquement ascendante de la crosse de l'aorte.

Veine cave supérieure.

Nerf phrénique et artère diaphragmatique supérieure.

Face postérieure de l'oreillette droite.

En arrière.

Veine grande azygos : qui croise les faces postérieure puis supérieure de la bronche droite pour déboucher à la face postérieure de la veine cave supérieure.

Cul-de-sac pleuro-œsophagien, d'où l'indication de faire l'œsophagotomie externe à gauche (Quenu).

B. Gauche.

En avant.

Canal artériel : qui relie la face inférieure de la crosse de l'aorte à la branche gauche de l'artère pulmonaire près de sa bifurcation.

Nerf phrénique et artère diaphragmatique supérieure.

Faces supérieure et postérieure de l'oreillette gauche.

En haut.

Crosse de l'aorte : qui contourne successivement les faces antéro-interne, supérieure puis postérieure de la bronche gauche en passant du médiastin antérieur dans le médiastin postérieur.

En arrière.

Œsophage : dévié à droite par la crosse de l'aorte au niveau de la quatrième vertèbre dorsale.

Muscle broncho-œsophagien.

Canal thoracique : qui croise obliquement la face postérieure de la crosse de l'aorte, à gauche du corps de la quatrième vertèbre dorsale, en avant du grand sympathique gauche pour gagner obliquement l'angle formé par les veines jugulaire interne et sous-clavière gauches.

En résumé : sur une *coupe transversale du pédicule faite au niveau du hile du poumon*, on voit :

Au milieu :

La bronche.

A la face antérieure de la bronche :

L'artère pulmonaire;

Les deux veines pulmonaires;

Quelques rameaux du plexus pulmonaire.

A la face postérieure :

Artères et veines bronchiques lymphatiques;

Rameaux du plexus pulmonaire.

Tous ces organes sont engainés incomplètement par la plèvre médiastine dont les deux feuillets s'écartent à la face inférieure du pédicule pour se rapprocher au-dessous du hile; ce qui constitue une sorte de raquette dont le manche se continue avec le ligament triangulaire du poumon. G. M.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 37 12 Septembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique.

Par les docteurs M. Lannois et M. Jaboulay

Agrégés à la Faculté de médecine de Lyon.

L'observation qui sert de point de départ à cette note a déjà été publiée comme annexe et sans réflexions par M. Vauthey, interne des hôpitaux, dans un travail sur les *Abcès de l'encéphale (Province médicale*, 1895, p. 354) ; mais les points sur lesquels nous désirons insister ont été volontairement laissés de côté. Nous relevons l'observation telle qu'elle a été rédigée par MM. Bérard et Vauthey, en n'y apportant que quelques modifications complémentaires et en la résumant légèrement.

Le nommé J.-B. J..., peintre-plâtrier, âgé de vingt-neuf ans, entre le 13 juin, salle Saint-Irénée, à l'hôpital de la Croix-Rousse. Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Rhumatisme à vingt ans; alcoolisme; pas de syphilis, pas d'accidents saturnins, hicn qu'il y ait un liséré de Burton net.

Il est porteur d'une otorrhée gauche rebelle, et d'ailleurs rarement soignée, depuis l'âge de quatre ans. L'écoulement est intermittent et existe en ce moment. Début il y a dix jours par des vertiges avec incertitude de la marche; il y a deux jours, nausées et dysphagie, en même temps que la tête devient lourde et qu'il se déclare une céphalalgie très intense, particulièrement vive depuis la dernière nuit. Elle est fixe, très aiguë, occupe la moitié gauche du crâne et de la face.

En même temps l'écoulement de l'oreille est devenu plus abondant. Il n'y a pas de gonflement au niveau de l'apophyse mastoïde gauche, mais un peu d'empâtement du pourtour de l'oreille s'étendant jusqu'aux paupières, qui sont rouges; il y a un peu de larmoiement de ce côté, mais pas d'inégalité pupillaire. La palpation est douloureuse autour des oreilles et à la nnque. La surdité paraît complète à gauche : une montre appliquée sur l'oreille n'est pas perçue, mais elle est entendue sur la région temporale correspondante, sans qu'on puisse déterminer si c'est par l'oreille du côté opposé.

C'est qu'en effet le malade répond mal aux questions qu'on lui adresse. Il paraît ohnubilé et présente nettement de l'amnésie; la force musculaire est diminuée à droite. Pas d'hémianesthésie. Les réflexes sont normaux ou nn peu exagérés. Rien dans les autres organes, sauf un peu de lenteur du rythme cardiaque. Ni sucre, ni albumine. Température à l'entrée : 37°5.

Le *14 juin*, le malade passe dans le service de chirurgie. La parésie des membres du côté droit est variable : très accentuée le matin, elle a été en s'atténuant l'après-midi. La douleur de tête est très intense.

On constate en outre des signes d'aphasie sensorielle très nets. Il n'y a pas de surdité verbale : le malade entend et compred tout ce qu'on lui dit, mais il présente de la cécité verbale très évidente. Il voit les lettres et ne peut pas lire, il voit les objets qu'on lui montre et est incapable de les nommer. Il peut parfaitement répéter les mots qu'on prononce devant lui. Par exemple si on lui demande son nom, il fait un effort évident pour le chercher et n'y arrive pas. Si on le lui dit, il le répète avec satisfaction; mais si immédiatement après on lui présente un couteau, il répète encore son nom; si on lui dit : « C'est un couteau. — Ah ! oui, couteau ». Il répète le mot couteau si on lui présente un verre, mais redit le mot verre après vous, et ainsi de suite.

Le malade ne peut écrire spontanément et est incapable d'écrire couramment. Si on lui écrit son nom, il le recopie en dessinant les lettres pour ainsi dire.

Le lendemain matin, après une nuit passable, le malade se plaint toujours de céphalalgie localisée à la moitié gauche du front et à la tempe. Il existe une paralysie faciale droite très appréciable sans déviation de la langue; sensibilité générale intacte. Température, 37°6.

Les phénomènes aphasiques persistent ahsolument comme hier. L'examen de la vision démontre qu'il existe, comme il fallait s'y attendre, une hémianopsie homonyme latérale droite avec conservation du réflexe de Wernicke, c'est-à-dire avec réaction pupillaire très nette lorsqu'on éclaire la moitié obscure du champ visuel.

Le diagnostic d'abcès cérébral ayant été posé, cette constatation permettait d'en préciser le siège. La lésion devait vraisemblablement occuper la partie postérieure de la capsule interne et interrompre les radiations optiques dans leur trajet. L'absence de trouhles nets dans la sensibilité cutanée indiquait un siège très reculé, très probablement au niveau du lohe occipital. Les troubles moteurs étaient variables et dus selon toute vraisemblance à des phénomènes réflexes ou de compression et non à une lésion du faisceau pyramidal lui-même.

Le malade fut opéré immédiatement. La trépanation classique de l'apophyse mastoïde donne un écoulement abondant de pus dès l'enlèvement par la gouge des premiers copeaux osseux. L'antre mastoïdien contient des masses cholestéatomateuses ;

l'oreille moyenne, converte de granulations polypeuses, est soigneusement curettée.

Le crâne est ensuite ouvert en enlevant à la pince coupante la partie inférieure de l'écaille du temporal, ce qui permet de vider un petit abcès sous-dure-mérien en contact avec le toit de la caisse. A ce niveau la dure-mère est rouge, épaissie, infiltrée et présente un aspect rugueux. L'ouverture crânienne est continuée de manière à agrandir le champ opératoire. La dure-mère est isolée sur une étendue de 2 à 3 centimètres et incisée crucialement. Le cerveau fait hernie, mais n'est pas animé de battements. Ceux-ci ne sont perçus que beaucoup plus en arrière par le doigt introduit avec précaution par l'ouverture de la duremère.

On cherche alors l'abcès par des ponctions répétées dans la substance cérébrale, avec l'aiguille la plus grosse de l'aspirateur Potain. C'est en vain que l'instrument est dirigé dans toute la profondeur des lobes occipital et temporal; on ne trouve pas de pus. Il en est de même des ponctions faites au niveau du pied des deuxième et troisième frontales. L'aiguille ayant été enfoncée dans la direction de la corne sphénoïdale du ventricule latéral, il s'écoule 30 à 35 grammes d'un liquide rougeâtre, louche, qui se prend en masse dans la soucoupe où il a été recueilli.

L'opération a duré une heure et quart et, sauf un peu de ralentissement de la respiration à la fin, n'a donné lieu à aucun phénomène fâcheux.

Dans la soirée le malade est redevenu somnolent après une légère crise d'agitation; il peut se soulever dans son lit et répond d'une manière incohérente. Les douleurs de tête paraissent moindres. Pas de fièvre : 37°8.

16 juin. — Nuit agitée. Le malade n'est pas mieux; il ne comprend rien, répète continuellement les mêmes mots dont il a un choix très limité. Température 37° le matin et 36°7 le soir.

17 juin. — Même état d'agitation. Le malade se lève à chaque instant pour aller à la chaise, mais ce sont de faux besoins; il est constipé. Le ventre est rétracté; pas de vomissements. Les douleurs sont moins vives, reviennent par crises courtes, pendant lesquelles la face se contracte, les yeux se ferment et le malade porte la main à la plaie. Le malade s'est levé plusieurs fois, a couru à travers la salle en criant : « Oui, oui. » Température 38°2.

Le 19, à onze heures du matin, crise épileptique très nette ayant duré deux à trois minutes; une deuxième se produit un quart d'heure plus tard. Dans l'après-midi, deux nouvelles attaques semblables; dans l'intervalle il a sa connaissance et continue à être agité.

Le *20 juin*, pas de crises. Température, 37°6. Rien de spécial du côté de la plaie. Le malade est transporté à l'Hôtel-Dieu; il reste assis dans la voiture et ne paraît pas souffrir des cahots, mais il reste étranger à ce qui l'entoure. Le soir il essaie de causer, mais les mots lui viennent lentement, il a des trous et ressemble davantage à un aphasique vulgaire. Il comprend du reste assez mal les questions et ne répond que par gestes quand on lui demande où il souffre.

L'hémiplégie a presque totalement disparu, sauf la paralysie faciale qui est aussi marquée; la constipation persiste, opiniâtre. Même état de la vision avec pupilles égales réagissant bien à la lumière.

22 juin. — Amélioration encore plus accentuée; le malade commence à s'intéresser à ce qui l'entoure. Il comprend la plupart des questions qu'on lui adresse et y répond sensément, mais en sautant des mots et après un instant de recherches. — Il n'a pas de température, mais la plaie a une mauvaise odeur.

23 juin. — Élévation brusque de la température à 39°5. On constate que la surface du cerveau mise à nu est sphacélée superficiellement et répand une odeur nauséabonde. On enlève les parties nécrosées. A la fin de cette opération, déviation conjuguée de la tête et des yeux, accentuation de la paralysie à droite et des symptômes aphasiques.

Les deux jours suivants, amélioration progressive avec chute de la température à 37°9. Mais le *26 juin* nouvelle ascension à 39°2. On fait une nouvelle anesthésie et des ponctions avec l'aiguille de Potain, dans la direction du lobe frontal, de la périphérie du lobe temporo-occipital et de la corne sphénoïdale du ventricule latéral. Encore pas de pus.

Suites opératoires simples, mais l'état général devient mauvais et de plus en plus inquiétant. Le malade ne mange pas, il urine très peu.

Le *4 juillet* la température s'élève à 40°. Malgré l'adynamie profonde, M. Jaboulay se met encore une fois à la recherche de l'abcès diagnostiqué. Bien que le malade ne fût pas anesthésié, les ponctions de la substance cérébrale ne déterminent aucune réaction douloureuse, alors que les excitations cutanées sont perçues. Une de ces ponctions, dirigée en haut et en arrière, en plein lobe occipital, ramène enfin un pus crémeux, épais, très fétide, qui continue à s'écouler par la plaie de ponction. Cette plaie est un peu élargie et drainée à la gaze antiseptique.

Le pansement changé tous les jours était toujours souillé d'une assez grande quantité de pus. Adynamie.

Mort le *15 juillet* au matin : rien à signaler pendant l'agonie, sauf le ralentissement du rythme respiratoire.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort, et, le corps étant réclamé, n'a porté que sur le crâne.

La pie-mère et l'espace sous-arachnoïdien sont distendus par une assez grande quantité de sérosité louche. L'hémisphère gauche paraît distendu et plus volumineux dans sa moitié postérieure, les plis du lobe occipital sont effacés et les circonvolutions aplaties; elles ont une couleur hortensia foncé et donnent la sensation de fluctuation. Une incision longitudinale ouvre une collection purulente du volume d'une orange au centre du lobe occipital; le pus a pénétré dans le ventricule latéral correspondant. Il y a de l'infiltration œdémateuse autour de l'abcès qui n'atteint pas les régions motrices, la capsule interne et les noyaux gris de la base étant restés intacts.

Toute la portion du cerveau mise à nu, et notamment la partie postérieure des deux premières frontales et la partie inférieure des deux circonvolutions ascendantes, est le siège d'une encéphalite évidente qui a donné lieu à une petite collection grosse comme une noisette au niveau de la troisième frontale.

Il n'y a pas d'abcès du cervelet, pas d'autre collection purulente dans l'isthme et dans l'hémisphère droit.

L'examen du rocher permet de constater l'absence de la paroi postérieure du conduit et de la paroi externe de la caisse, qui ont été enlevées dans l'opération. L'oreille interne a disparu et on trouve à sa place des cavités pleines de pus. Toutefois les nerfs ne paraissent pas lésés dans le conduit auditif interne. Le facial, dans son trajet intra-pétreux, est cependant un peu congestionné; mais bien que tout le canal soit atteint d'ostéite, le nerf lui-même est resté intact et, en tout cas, n'a pas été assez lésé pour donner des symptômes. L'excision de l'os malade s'est arrêtée à 2 millimètres environ du trajet du nerf. — Les quelques cellules pétreuses restantes renferment du pus. La pointe de l'apophyse mastoïde n'offre pas de lésion apparente.

En résumé, il s'agit, dans cette observation, d'un adulte porteur, depuis vingt-cinq ans, d'une otorrhée mal soignée, chez lequel se développèrent rapidement tous les signes d'un abcès cérébral (début brusque par vertiges, incertitude de la marche, nausées, dysphagie, céphalalgie intense, hémiparésie droite), sans qu'il y eût toutefois d'élévation de température. La présence de troubles qu'on pouvait rattacher à l'aphasie sensorielle, l'existence d'une hémianopsie latérale avec conservation du réflexe pupillaire permettaient de préciser le siège de cet abcès. Le réflexe de Wernicke démontrait en effet qu'on ne pouvait admettre l'hypothèse d'un abcès sous-dure-mérien (qui

existait en réalité mais était très localisé) s'étendant assez pour comprimer la bandelette optique. Il ne pouvait s'agir que d'un abcès siégeant dans le lobe temporo-sphénoïdal ou plutôt dans le lobe occipital.

Malgré la précision et l'affirmation de ce diagnostic, la recherche de l'abcès échoua deux fois et ce n'est qu'à la troisième tentative, basée sur une conviction très ferme, que l'aiguille pénétra dans la cavité et donna issu au pus. L'autopsie démontra d'ailleurs que l'abcès siégeait bien dans le lobe occipital.

A quoi devons-nous attribuer notre insuccès?

Il faut remarquer tout d'abord que l'abcès était de date relativement récente, qu'il datait au plus d'une douzaine de jours et que très probablement il était fort peu volumineux lors de la première intervention. De fait, la tension intra-cérébrale était faible, le cerveau ne fit pas une forte hernie après l'incision et ne présentait pas de battements.

D'un autre côté, on se servit, pour faire les ponctions, de l'aiguille de l'appareil Potain, et chaque fois qu'elle fut enfoncée dans la masse encéphalique, elle revint obturée par un bouchon de substance nerveuse ayant parfois plus d'un centimètre de long. Or, dans le cas d'abcès de petit volume, à faible tension, on conçoit facilement que le pus ne puisse balayer le bouchon et venir se déverser au dehors. Dans notre cas, lorsqu'au bout d'un mois l'abcès fut devenu volumineux, la même aiguille pénétra facilement à travers la paroi amincie et donna issue à beaucoup de pus. De là cet enseignement pour nous qu'il ne faut pas se servir d'une aiguille dans la recherche des abcès cérébraux, mais d'un trocart ou du mois d'une aiguille adaptée à une seringue permettant l'aspiration.

Deux points dans cette observation méritent d'arrêter un instant l'attention. Ce sont l'*aphasie* et l'*hémianopsie*.

L'aphasie est signalée assez fréquemment dans l'abcès cérébral, mais habituellement elle est mentionnée sans plus de détails et sans analyse détaillée des symptômes. Broca et Maubrac (1) signalent ce desideratum et donnent des exemples à l'appui. Ils insistent d'ailleurs peu sur l'aphasie et disent seulement qu'elle est fréquemment signalée lorsque l'abcès occupe le lobe temporal gauche : il ne s'agit d'ailleurs pas d'aphasie motrice vraie. Kœrner (2) avait déjà soutenu cette même opinion que les troubles de la parole appartiennent le plus souvent à l'aphasie de conductibilité. Plus récemment, Oppenheim (3) a bien étudié le caractère de l'aphasie dans les abcès du lobe temporal gauche et montré que le plus souvent on avait affaire à des aphasies partielles, comme ce qu'il appelle l'aphasie optique, et que l'aphasie sensorielle ou la surdité verbale existaient rarement pures. Quant à l'aphasie motrice vraie, on n'en a pas encore rapporté de cas indiscutable.

Notre cas vient à l'appui de cette manière de voir, car il ne s'agissait pas d'une aphasie motrice, le malade étant capable de prononcer correctement tous les mots lorsqu'il les entendait. Du reste, la troisième circonvolution était saine au moment de la trépanation, et si nous y avons pratiqué des ponctions, ce n'est qu'après avoir échoué dans nos recherches à la partie postérieure du cerveau. L'aphasie de notre malade était sensorielle, car il ne pouvait lire tout en voyant bien qu'il avait un imprimé devant lui : et en même temps c'était une aphasie de conductibilité, la communication entre le centre visuel et le centre moteur étant détruite alors qu'elle persistait entre le centre auditif et le centre moteur.

Mais c'est surtout sur l'hémiopie que nous désirons insister. Certes, elle a déjà été signalée dans les abcès cérébraux, mais elle n'a pas attiré autant qu'elle le mérite l'attention des observateurs. C'est ainsi que Broca et Maubrac disent : « Malgré quelques observations, il n'y a pas à compter sur l'hémianopsie que notent Sahli, Knapp, par exemple, dans les abcès assez postérieurs gagnant vers le lobe occipital. » Il nous paraît que c'est là un signe qui n'est pas assez recherché, qui existe plus souvent qu'on ne pense, mais qui a besoin d'être mis en évidence par le médecin. A côté des rares malades qui vous disent d'eux-mêmes qu'ils ne voient plus que la moitié des objets, il en est beaucoup qui ne se rendent pas compte de ce qui leur est arrivé du côté de la vision. Nous avons observé récemment une malade, assez intelligente, ancienne institutrice, qui se plaignait seulement d'avoir dû renoncer à sa distraction habituelle, la lecture, parce que les journaux étaient mal imprimés, les lignes ne se suivant plus. Elle avait une hémianopsie classique et ne voyait plus que la moitié droite de chaque colonne. Le plus souvent les malades sont trop obnubilés pour fournir spontanément des renseignements précis.

Dans le cas de Sahli, dont on trouve l'observation dans Kœrner, il s'agissait d'un homme de 46 ans atteint d'otite grippale en janvier 1890. Début des accidents cérébraux en juillet. Hémiparésie gauche avec hémianopsie gauche homonyme. Trépanation par Sachs d'abord sur la zone motrice, puis sur le lobe occipital; cette dernière conduit sur un abcès qui ne fut drainé que quatorze jours plus tard; hernie cérébrale dans chaque orifice crânien; mort en un mois par méningite.

Le cas de Knapp (1) est fort important. Une enfant de 9 ans, atteinte d'otorrhée gauche depuis quatre ans, lui est adressée avec de la céphalalgie, un peu de vertige et la papille étranglée. L'examen de l'enfant lui permet de découvrir une hémianopsie homonyme droite. — Quinze jours plus tard, l'enfant se trouve bien, joue, chante; pas de vomissements, pas de constipation, pas de troubles mentaux. L'enfant lit et prononce bien; elle sait ce qu'elle dit, sa mémoire est bonne. Le pouls est à 120, la température à 38°. La vue est normale; papille étranglée à gauche, presque normale à droite. Pas de paralysie oculaire : les pupilles réagissent bien. L'*hémianopsie persiste* comme au premier examen. — La trépanation fit découvrir un abcès volumineux et après un traitement un peu prolongé l'enfant guérit complètement.

Eulenstein (2), dans un mémoire récent, signale aussi l'hémianopsie dans les symptômes localisateurs des abcès cérébraux d'origine optique.

(1) Broca et Maubrac, *Traité de chirurgie pratique*, Paris, 1896.

(2) Korner, *Die olit. Erkrank. des Hirns, der Hirnhæute und der Blutleiter*, 1894.

(3) Oppenheim, *Fortschritte der Medicin*, 1895, p. 730.

(1) Knapp, *A cas of otitic brain ubcess (chronic otorrhœa, optic neuritis, homonymous hemianopsia. Opening of mastoid and skull, cerebral hernia. Recovery). Arch. of otology*, juillet 1894.

(2) Eulenstein : *Monats. f. Ohrenheilk.*, mars 1895.

Comme rien n'est plus difficile, dans nombre de cas, que le diagnostic non pas seulement du siège des abcès cérébraux, mais de ces abcès eux-mêmes, il nous paraît qu'on ne saurait exagérer l'importance d'un symptôme révélateur d'une localisation aussi précise : il permet en effet d'affirmer qu'il y a une interruption des fibres blanches qui vont du corps genouillé externe à la face interne du lobe occipital et dont le trajet est aujourd'hui suffisamment connu. Dans notre cas, il nous faisait affirmer le siège de l'abcès que nous finîmes par découvrir, et c'est en se basant presque uniquement sur lui que Knapp a pu opérer à froid, pour ainsi dire, et sauver la vie de sa petite malade.

(*Revue de Médecine*, août 1896.)

GYNÉCOLOGIE

Traitement des rétrodéviations utérines.

Par le Dr Paul Petit.

Les *rétrodéviations simples*, quand elles sont *récentes*, doivent être traitées systématiquement, attendu qu'on ne sait ce qu'elles deviendront ; mais elles ne relèvent pas du traitement chirurgical : un bon pessaire leur suffit.

Quand elles sont *anciennes et bien supportées*, rien à faire, à moins qu'on ne leur attribue la stérilité ; en ce cas, et, de même, pour les rétrodéviations *anciennes et mal tolérées*, du même groupe, on peut opter entre le pessaire, qui offre ici moins de sûreté, et l'intervention chirurgicale.

Des *lésions annexées aux rétrodéviations*, les unes, comme la métrite, *influent pour une part égale ou inférieure sur les symptômes et le traitement ;* les autres, et ce sont de beaucoup les plus nombreuses, *prédominent à tout point de vue :* on y peut ranger les *tumeurs*, le *prolapsus*, les *adhérences péritonéales*, la *rétraction du tissu cellulaire pelvien*, la *sclérose localisée à l'angle de flexion*.

Enucléé-t-on un de ces volumineux fibrômes de la paroi postérieure de l'utérus qui chavirent complètement l'organe en l'enclavant? Tout symptôme subjectif peut disparaître alors que l'organe demeure pourtant encore un peu gros et rétroversé.

La rétrodéviation se complique-t-elle de *prolapsus ?* Si elle ne dépasse pas en arrière l'axe vaginal, les opérations plastiques sur l'appareil de soutènement suffisent. Au cas contraire, ces opérations doivent toujours instituer la phase première du traitement, attendu que la rétrodéviation, si avancée qu'elle soit, est encore englobée dans la hernie pelvienne. Bien plus, même si elle est complète, pour peu qu'elle soit récente et puerpérale, le rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales peut encore suffire, s'il est poussé à fond et si l'on dirige bien les tamponnements vaginaux consécutifs.

Les *adhérences péritonéales*, quand elles sont *lâches et récentes*, sont justifiables du traitement antiphlogistique suivi de la mobilisation de l'organe par les tentes et la sonde ; la déviation concomitante disparaît avec elles ou l'on retombe dans le traitement de la rétrodéviation mobile.

Les *adhérences anciennes et résistantes* coïncident généralement avec des lésions *bilatérales et irrémédiables* des annexes qui entraînent la castration utéro-annexielle ; si l'on conserve l'utérus, avec ou sans annexes d'un côté, on ne rendra guère de service à la malade en ramenant l'utérus en avant, attendu que la récidive ou la continuation des douleurs est presque toujours due au retour ou à la persistance de l'infection.

La *rétraction du tissu cellulaire pelvien* détermine la *rétroposition* ou la *rétroversion résistantes*, suivant que l'utérus a été surpris par le travail inodulaire en position normale ou déjà en rétroversion. Or, on peut, contre toute attente, mobiliser complètement l'organe et faire disparaître les douleurs par l'emploi prolongé des tentes, du massage de l'utérus sur de grosses sondes et de la columnisation du vagin. Une opération de redressement devient alors acceptable ou bien l'on fait l'hystérectomie.

Le traitement de la *rétroflexion mobile ou adhérente* se confond avec celui de la rétroversion. Pour la *rétroflexion fixée par l'involution inodulaire du tissu utérin*, on peut ordinairement se contenter de la dilatation progressive suivie ou non de l'application, pendant quelques mois, d'un pessaire intra-utérin.

Ainsi donc la rétrodéviation utérine est un état morbide parfois *négligeable*, souvent *accessoire* et justifiable des moyens spécialement dirigés contre des lésions *prédominantes*. Il exige, en tout cas, de toute intervention directe, les conditions de facilité, de sécurité et d'efficacité que doit toujours remplir la chirurgie conservatrice. Or, à ce point de vue, tous les modes d'antéfixation anormale devaient être rejetés d'emblée et l'expérience cruelle que plusieurs de nos éminents collègues en ont faite a surabondamment prouvé ce que le simple raisonnement faisait déjà prévoir.

Je n'ai pas de documents spéciaux sur la *vaginofixation*, mais voici ce que j'ai observé sur un certain nombre de malades opérées par *ventrofixation :* des cicatrices douloureuses avec sensation de traction très pénibles à leur niveau, de l'*inventration* (ces inconvénients coïncidant, il est vrai, avec l'absence ou, du moins, l'imperfection des opérations vagino-périnéales de rigueur), de la dysurie avec pollakiurie par le fait probable d'une fixation trop élevée.

Parmi les opérations qui, celles-ci s'adressent aux agents de l'*antéfixation physiologique*, il faut distinguer celles qui *fixent les ligaments en situation anormale* de celles qui les *raccourcissent dans leur direction anormale ;* les premières sont logiquement inférieures aux secondes qui comptent les différents procédés de *raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés. Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés* n'est pas encore sorti de la période d'études et ne me paraît pas aussi complètement réalisable que le raccourcissement des ligaments ronds. Le *raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds* n'a guère de succès qu'auprès de ses auteurs et je me demande si MM. Bade, Polk et autres ont réussi à rendre ce procédé plus acceptable en l'ajustant à la cœliotomie.

Reste l'*opération d'Alquié-Alexander*, qui, pour n'être pas neuve, n'en offre que plus de garanties. Je l'ai pratiquée, pour ma part, une vingtaine de fois et voici ce que je puis conclure de l'observation de mes malades : C'est une opération *facile et rapide* si l'on prend comme point de repère principal l'épine pubienne. C'est une opération *sûre*, car son coefficient de mortalité est actuellement nul ; en n'incisant que peu ou prou le canal, on se met à l'abri des hernies ; l'élimination des fils profonds doit être, en principe, évitée ; les cicatrices ne comptent pas ; la grossesse est facilitée, il n'y a pas de dystocie à craindre et les résultats obtenus résistent aux efforts d'accouchements multiples. Enfin c'est une opération *suffisamment efficace*, si l'on serre de près ses indications et sa portée. Il se peut que, dans des cas limités, l'utérus revienne un peu en arrière. *Mais mieux vaut un utérus en position moyenne et même en position rétrodéviée qu'en antéfixation pathologique.*

A L'ÉTRANGER

ANGLETERRE

Les mutilés de la campagne d'Adoua.

Le docteur **Thomas Haschi** a vu à l'hôpital d'Asmara deux groupes de blessés: le premier, le plus considérable, composé d'Askaris, soldats noirs au service de l'Italie, qui, faits prisonniers par le Négus, avaient été amputés brutalement de la main droite et du pied gauche; le second, beaucoup moins nombreux, comprenant en majorité les soldats italiens qui avaient survécu à l'ablation complète des organes génitaux. Ces deux formes de mutilation sont l'accompagnement habituel des guerres en Abyssinie.

Ces hommes avaient été faits prisonniers le 1er mars à la désastreuse bataille d'Abha-Carima et déjà le lendemain plusieurs ras demandaient qu'on les mutilât. Ménélik refusa. Le 3 mars, il y eut un grand conseil de guerre où Mangascia, ras du Tigré, la reine Taitou et l'Abouma, pressèrent vivement le Négus de livrer les captifs au supplice des traîtres. L'accusation de trahison pouvait être portée avec un semblant de raison contre ceux d'origine abyssine, nullement contre les autres, Arabes de la côte ou Somalis, tous mahométans qui n'avaient jamais relevé de l'Abyssinie, ni en politique, ni en religion; mais pour leur malheur, ils étaient noirs: ils durent partager le sort de leurs camarades. Ménélik céda et les soldats procédèrent aux exécutions.

Le voleur condamné à cette mutilation peut, après le supplice, plonger son moignon dans l'huile ou le beurre bouillant pour arrêter l'hémorrhagie; avec les prisonniers de l'armée italienne, on fut sans pitié. Les malheureux, traités comme des animaux malfaisants, succombèrent en grand nombre à la perte de sang; beaucoup se traînèrent au torrent voisin où des mahométans se noyèrent de désespoir. Ceux qui purent panser leurs plaies avec des morceaux de vêtements survécurent, vivant d'herbages, d'eau et de bribes d'aliments mendiés des soldats abyssins.

Lorsque la nouvelle de ces atrocités parvint aux lignes italiennes, une foule de femmes coururent à Adoua, avec l'agilité propre aux montagnards, charger leur mari sur le dos et les transporter jusqu'aux avant-postes. Plusieurs survivants durent ainsi la vie au dévouement de leur femme.

Placés dans les divers hôpitaux militaires, les Askaris refusèrent unanimement de se laisser opérer et persistèrent dans ce sentiment jusqu'au mois de juin. Le motif de leur résistance était qu'une opération, en raccourcissant leur membre, les rendrait moins aptes à marcher, qu'un membre artificiel serait bientôt usé dans leurs montagnes et qu'ils seraient dans l'impossibilité de le renouveler. Ils s'obstinèrent jusqu'à ce qu'il devint évident même à eux-mêmes que nombre de moignons ne guériraient jamais. Cependant, pour les décider, il fallut leur déclarer que ceux qui refuseraient de se soumettre aux décisions des chirurgiens militaires perdraient tout droit aux secours. Enfin, un cas ayant été opéré heureusement, les autres suivirent volontiers. En 15 jours, le médecin-major Ferrero et les médecins capitaines Tavazzani et Mozzetti, avec leurs aides, pratiquèrent à Asmara 116 amputations, la plupart de la jambe. Les avant-bras guérissaient généralement sans intervention opératoire. La majeure partie des moignons avait encore les malléoles présentes; les cartilages avaient presque disparu et la surface dénudée était couverte de granulations exhubérantes qui donnaient à l'ensemble l'apparence de massue. Au-dessus de la plaie, il s'était formé une zone de tissu cicatriciel déjà en train de se contracter, augmentant dès lors l'hyperémie du moignon.

Ferrero opéra tous ses cas, à peu d'exceptions près, par la méthode circulaire. Ce faisant, il contentait le désir des Askaris d'avoir leur membre raccourci le moins possible. Quatre furent opérés à Massouah et vingt-deux à Keren. Il n'y eut pas un seul décès parmi ces cent quarante et une amputations et plus de 90 0/0 guérirent par première intention. Les 10 0/0 restants, qui suppurèrent, durent en général cet inconvénient à leur impatience et à leur curiosité: quelques-uns de ces soldats noirs n'étaient pas satisfaits qu'ils n'eussent déroulé le bandage et examiné l'état de leur membre.

D'aussi bons résultats étaient dus à la manière aussi simple qu'efficace d'appliquer l'antisepsie. A l'exception de l'acide phénique, pour les instruments, on ne se servit que du sublimé (1 : 1000). Les instruments étaient soumis à l'ébullition deux fois par jour. La gaze employée, soit pour éponger, soit pour les pansements, était soumise à l'ébullition. On n'eut pas d'autres tampons que ceux au sublimé, et le chirurgien seul ou son aide pouvaient les manipuler; nulle autre main n'y touchait. Les ligatures et les sutures, exclusivement de soie, étaient fraîchement bouillies.

Le pansement consista à saupoudrer la plaie opératoire d'iodoforme, à la recouvrir de gaze au sublimé bouillie et exprimée par l'opérateur lui-même. Sur cela, une couche épaisse de ouate sèche au sublimé et des bandes de gaze.

L'anesthésique fut le chloroforme de Mercks, et si cela résulte de la qualité du produit ou de l'élévation du sol, 2,130 mètres au-dessus du niveau de la mer, ou de la race, tant est-il qu'on a vu rarement des patients plus facilement chloroformés et supportant mieux l'anesthésie.

Pour parer au raccourcissement de la jambe, l'orthopédiste Invernezzi a fabriqué un membre de bois recouvert de cuir en forme de botte. De chaque côté, deux supports d'olivier sauvage, de 4 centimètres de largeur sur 1 1/2 d'épaisseur, plats en bas, extérieurement arrondis en haut, sont attachés au moyen de vis, et, afin de les maintenir immobiles, fixés au-dessous du genou à un demi-cercle en acier. Le côté interne de ces supports a un revêtement en cuir taillé spécialement pour chaque individu. Le tout tient autour de la jambe par quatre courroies à boucle. La partie essentielle de l'appareil est la plante du pied, qui est d'une pièce et légèrement courbée du talon à la pointe, formant une section de cercle à grand diamètre, de façon que le patient appuie en marchant d'abord sur le talon et continue le mouvement sur la plante courbe pour finir le pas à la pointe.

L'appareil est solide, léger, économique, construit sans acier et sans articulation, de sorte que l'Ascari pourra plus tard remplacer une partie hors de service, d'autant plus facilement qu'il a chez lui à discrétion le cuir et l'olivier sauvage et qu'il sait mettre en œuvre ces deux matériaux. L'orthopédiste ressentait une vive satisfaction à voir circuler ses clients à plat terrain. Sur un sol accidenté, la locomotion laissait à désirer, mais il en eût été de même avec tout autre appareil. Ce n'est que la pratique et une longue adaptation qui les rendra capables de marcher sans gêne sur un terrain quelconque.

La guérison de 189 mutilés parmi les 330 qui arrivèrent aux camps italiens était si avancée qu'une amputation ne fut pas jugée nécessaire. C'était, à peu d'exceptions près, ceux dont le sabre ennemi avait enlevé les malléoles: leur moignon imparfaitement recouvert d'un mince tissu cicatriciel est fréquemment ulcéré au centre; mais ces gens, pour qui pareille mutilation n'a rien de neuf, disent que ces moignons deviendront bons, qu'ils seront insensibles et qu'ils n'empêcheront pas de marcher et de courir.

Pour obvier au raccourcissement, Invernezzi leur a fabriqué un appareil sur le même principe que celui des amputés. La seule différence est que la partie inférieure du support est creusée pour y loger le moignon en massue.

Des Askaris mutilés arrivaient encore chaque semaine aux hôpitaux de Keren et d'Asmara; mais, tout compte fait, on évalue à 500 seulement le nombre des survivants des 1,500 mutilés d'Adoua; les autres ont succombé à l'hémorrhagie, aux privations et aux suffrances.

(*Gaz. Méd. de Liège*, traduit du *Brit. Med. Journ.*, 29 août 1896.)

Propriétés absorbantes du rectum.

Witte attache beaucoup de valeur aux injections salines et antres dans le rectum. Il y a hien, dit-il, les injections salines sons-cutanées préconisées par Dührssen en cas d'hémorrhagie interne, en attendant l'intervention chirurgicale, mais l'absorption par le tissu cellulaire est souvent lente. Les injections intraveinenses ont anssi leurs inconvénients, et l'expérience a prouvé que l'introduction de liquides salins directement dans la cavité abdominale demande du temps pour produire une élévation appréciable de la pression sanguine.

Witte cite à l'appui des propriétés absorbantes du gros intestin un cas d'empoisonnement rapide dû à l'injection d'une solution d'acide phénique dans le rectum et la disparition parfois si prompte du liquide des lavements; il ajoute un cas, emprunté à sa pratique, de rupture du kyste d'une grossesse tuhaire où l'injection de lait chaud et d'eau dans le rectum se montra très avantageuse, pendant qu'on préparait la laparatomie, qui se fit du reste avec succès. Il a employé depuis ces injections rectales dans les laparatomies, avec le meilleur résultat; comme nous venons de le voir, il leur donne la préférence sur les injections sous-cutanées.

(Gaz. Méd. de Liège, traduit du *Brit. med. Journ.*, 22 août 1896.)

ITALIE

Un cas de polyarthrite rhumatismale infectieuse aiguë compliquée de chorée, d'embolie cérébrale et d'athétose.

M. Imerio Monteverdi rapporte l'histoire d'une fillette de 12 ans dont le père est mort d'alcoolisme et dont la mère a succombé à des accidents hystériformes et gastro-intestinaux. Cette fillette, à la suite d'une rougeole, a eu la diphtérie et une pleurésie double. Elle est entrée à l'hôpital pour un point de côté accompagné d'une fièvre intense. L'examen de la poitrine a révélé l'existence d'un début de pleurésie droite; le pouls était à 120, la température à 39°; il y avait 42 pulsations à la minute. Quelques jours plus tard, les signes pleurétiques ont pris de l'extension. C'est alors qu'est survenue une polyarthrite rhumatismale accompagnée d'une dyspnée grave, de douleurs dans la région du cœur et de défaillance. Ces signes fonctionnels cardiaques étaient doublés de signes physiques caractéristiques d'une lésion certaine du cœur. On entendait, en effet, en auscultant le cœur, un souffle rude et un frottement péricardique.

Au dixième jour de la maladie, la malade présentait une éruption de sudamina et des mouvements choréiques généralisés à tout le corps, y compris la face.

Deux jours plus tard sont apparues des convulsions également généralisées, des pertes de connaissance, une hémiplégie totale du côté droit. Du côté droit aussi, la sensibilité tactile est légérement obtuse, les pupilles sont dilatées, mais les mouvements du globe oculaire sont conservés. Du côté droit enfin, les réflexes sont exagérés et le réflexe laryngé est presque totalement aboli. La température toujours très élevée se maintient à 40°; dans la suite, on voit le sphincter se paralyser, le hiceps du côté droit se contracturer légérement; la douleur précordiale disparaître ainsi que la paralysie de la jambe droite, la pleurésie décroître, les articulations reprendre leur aspect normal, les mouvements choréiques se limiter et la parole rester, cependant, quelque peu embarrassée. Mais aucun trouble de l'intelligence n'existe. Enfin, le quinzième jour après le début de ces accidents, il se montre de nouveau de la douleur précordiale, le souffle cardiaque prend un timbre plus rude, les mouvements choréiques reprennent avec plus d'intensité se compliquant même de mouvements athétiformes du pied et de la main gauche. Mais, cinq jours plus tard, c'est-à-dire le vingtième jour de la maladie, l'enfant a commencé à s'améliorer; la dyspnée a diminué, la température s'est abaissée, les phénomènes choréiques ont commencé à disparaître progressivement. Enfin la petite fille a pu laisser l'hôpital, complètement guérie, au bout de trois mois, c'est-à-dire quatre mois après le début de sa maladie.

(La Pediatria, 5, 1896.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre.

Sur la toxicité des alcools.

M. Riche lit un travail sur ce sujet et il fait remarquer que les impuretés des alcools sont un facteur important de la nocivité des hoissons distillées. Il propose de limiter à deux grammes par litre la quantité des impuretés dans les alcools industriels et rappelle que l'alcool éthylique, même pur, est toxique. Il faut se garder de laisser croire au public qu'il peut exister des alcools dont la consommation ne présente pas de sérieux dangers.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 août.

Influence de certains agents sur les propriétés bactéricides du sang.

M. E.-S. Loudon. — J'ai fait les expériences que voici, dans le but d'étudier les propriétés hactéricides du sang :

1° J'ai soumis des lapins à une privation complète d'aliments pendant dix jours. Au bout de ce temps, les propriétés hactéricides du sang avaient disparu ou notablement diminué. L'alimentation normale fut rétablie : à mesure que l'animal revenait à son poids normal, son sang recouvrait graduellement ses propriétés bactéricides;

2° La ligature du canal cholédoque a paru accroître à un faible degré les propriétés bactéricides du sang;

3° L'ingestion d'acide chlorhydrique, déjà tentée par Fodor, n'a pas donné de résultats positifs à cet expérimentateur. Pour ma part je crois avoir observé que, à dose modérée, l'acide muriatique accroît les propriétés hactéricides du sang, mais seulement un certain temps après l'ingestion. A faibles doses fréquemment répétées, l'acide chlorhydrique diminue ces propriétés.

4° Quant à l'ingestion de bicarbonate de soude, c'est seulement à la suite de petites doses fréquemment répétées que les propriétés hactéricides du sang s'élèvent au-dessus de la normale. Ces résultats concordent avec ceux de Fodor;

5° Enfin la saignée aigue, non plus que l'ablation des testicules, ne modifient sensiblement les propriétés hactéricides du sang.

Action des rayons de Rœntgen sur l'élimination des phosphates.

M. Lecercle adresse une note d'après laquelle, ainsi qu'il résulterait d'expériences faites sur des lapins, l'action des rayons X, poursuivie pendant trois jours, aurait pour effet d'augmenter l'élimination des phosphates par les urines. Cette augmentation se continuerait deux jours après l'expérience et l'élimination reviendrait ensuite au taux normal.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 1er au 5 septembre 1896.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Paul Reynier (de Paris), après avoir donné l'exposé des opérations qu'il a pratiquées pour le traitement des suppurations pelviennes depuis 1891, a montré quelle pratique il a finalement adoptée.

En présence d'une jeune femme ayant des symptômes d'infection récente et les signes d'une collection suppurée du bassin venant proéminer du côté du vagin, M. Reynier commence par faire l'ouverture du cul-de-sac postérieur et par cette ouverture il fait un large drainage. Si, malgré cette opération, le pus s'écoule mal, si les phénomènes d'infection persistent, il complète plus ou moins tardivement son opération par une hystérectomie vaginale.

Si, après guérison de l'incision et suppression de la suppuration, le malade continue à souffrir, M. Reynier se conduit de façon différente, selon que l'utérus est malade ou non. Dans le premier cas, dans le cas d'utérus malade, il fait l'hystérectomie vaginale. Mais, dans le second cas, dans le cas d'utérus sain, il n'hésite pas à opérer par laparotomie, l'ouverture du ventre lui permettant, en effet, de se rendre compte *de visu* de l'étendue des lésions et de ne supprimer que les organes malades.

M. Reynier adopte encore l'hystérectomie vaginale comme opération primitive pour les abcès pelviens ouverts dans une cavité voisine et surtout dans le rectum. Il l'adopte également pour les anciennes salpingo-ovarites qui sont passées par des phases nombreuses de pelvi-péritonite ayant déterminé la formation d'une masse diffuse englobant l'utérus. Il l'adopte, enfin, pour les utérus fibromateux compliqués de suppurations pelviennes.

En dehors de ces cas, M. Reynier est plutôt disposé à intervenir par la laparotomie, particulièrement pour les pyosalpinx, les salpingo-ovarites suppurées laissant une certaine mobilité à l'utérus et, enfin, chaque fois que, grâce à un diagnostic douteux, il ne peut être sûr de la bilatéralité de la lésion. Dans toutes ces conditions, la laparotomie serait, pour M. Reynier, le procédé de choix donnant seul la certitude de faire une opération complète.

M. Laroyenne (de Lyon) a particulièrement insisté sur les avantages que pouvait donner le débridement du cul-de-sac postérieur du vagin dans le traitement des suppurations pelviennes.

Ce débridement, surtout s'il est précédé de la ponction, n'est même pas contre-indiqué dans les cas fréquents de collections pelviennes constituées par des loges multiples juxtaposées ou superposées. Il est quelquefois possible, en outre, d'attirer dans le vagin et de réséquer au-dessous d'une pince placée sur leur pédicule, les annexes malades et enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite. L'hématocèle elle-même est passible du même traitement quand on s'est assuré que l'hémorrhagie ne continue pas.

Cette pratique devient toutefois un peu plus délicate quand les collections purulentes sont haut placées. La vessie, dans ces conditions, étalée au-devant de la collection et quelquefois déviée latéralement, est alors d'un voisinage dangereux. Encore est-il possible de surmonter ces difficultés par l'incision vaginale si l'on a recours à l'emploi du trocart recourbé de M. Laroyenne. Ce trocart a une courbure d'hystéromètre et permet, si l'on a soin de pratiquer la pression hypogastrique pendant toute la durée de l'opération, de ponctionner la collection dans un point d'élection, c'est-à-dire à la partie postéro-inférieure et sur la ligne médiane.

Plus inoffensifs que la laparotomie et l'hystérectomie, les débridements ont sur ces deux opérations l'avantage d'être conservateurs, et ils ouvrent assez largement les foyers et les maintiennent assez longtemps ouverts pour ne pas risquer d'être inefficaces.

M. Heurotay (d'Anvers), après avoir particulièrement insisté sur la gravité de la blennorrhagie comme facteur des affections annexielles, expose les conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie est le facteur étiologique *principal* des affections suppurées des annexes ;

2° Le plus grand nombre des affections annexielles dites *puerpérales* ne sont en réalité que des infections blennorrhagiques envahissant les trompes et le péritoine pelvien après l'accouchement ou la fausse couche ;

3° Le traitement prophylactique devrait s'inspirer : *a*) de la gravité de la blennorrhagie chez la femme ; *b*) de l'obligation pour tout médecin d'éclairer à ce sujet tout homme atteint d'urétbrite aiguë ou chronique ;

4° Le traitement médical des annexites doit être essayé chaque fois que la chose est possible ;

5° L'intervention vaginale est la méthode de choix dans le traitement des suppurations pelviennes ; et quand une opération devient nécessaire, la castration totale est suffisamment indiquée par la nature blennorrhagique reconnue de l'affection ;

6° La fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien après l'hystérectomie est un progrès sensible dans la technique et doit être exécutée chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle.

M. Jacobs (de Bruxelles). — Que les suppurations pelviennes soient sous ou intrapéritonéales, on doit, de préférence, les attaquer par le vagin.

Les suppurations sous-péritonéales ou cellulites suppurées se présentent sous forme de cavités abcédées circonscrites dans le tissu cellulaire, ou sous forme d'infiltration phlegmoneuse du paramétrium. La première indication est de donner issue au pus par la voie d'évacuation la plus favorable ; l'incision vaginale postérieure ou latérale amène une guérison rapide, que l'on facilite par le drainage prolongé. Dans les cas où l'intervention est tardive, on peut être appelé à pratiquer des incisions de la paroi abdominale.

Lorsque l'affection est ancienne, les incisions et le drainage restent sans résultat, donnant lieu à des fistules intarissables. La thérapeutique de choix est la castration vaginale totale.

Les suppurations intrapéritonéales se localisent dans le péritoine, l'ovaire, la trompe.

La péritonite purulente constitue un stade avancé de l'infection. On peut la traiter par l'ouverture des parois abdominales, lavage et drainage, ou par l'incision vaginale ; la fonte purulente de l'ovaire se rencontre souvent sans lésion purulente de la trompe, elle est unilatérale ou bilatérale. La voie de propagation est liée à la nature de l'agent infectieux.

Suivant les cas, la thérapeutique est conservatrice ou radicale. La voie opératoire que l'on doit préférer est le vagin. On peut aisément, par cette voie, pratiquer soit l'ovariotomie, soit l'évacuation et le drainage. Dans les lésions bilatérales, on fera l'extirpation totale.

Pour les suppurations des trompes, l'intervention doit être radicale. Les autres traitements ne donnent que des succès momentanés ou des insuccès. Dans les lésions unilatérales, qui sont l'exception, on fera la salpingectomie, soit par l'abdomen, soit par le vagin ; dans les lésions bilatérales, la castration totale.

Vu les résultats opératoires, l'extirpation totale sera faite de préférence par le vagin.

Ces conclusions sont appuyées sur un nombre élevé d'observations personnelles, comprenant : *a*) 259 opérations abdominales, dont 8 pour cellulites avec 8 guérisons ; 11 péritonites suppurées avec 9 décès et 2 guérisons ; 6 abcès ovariens ; 33 ovariosalpingectomies unilatérales et 201 ovariosalpingectomies bilatérales ; *b*) 596 opérations vaginales, dont 37 pour cellulites

avec un décès; 3 pour péritonites suppurées avec 2 décès, 9 pour hématocèles avec 1 décès; 16 pour abcès de l'ovaire, et 531 pour pyosalpinx, se décomposant ainsi : 21 salpingectomies unilatérales, 492 hystérectomies vaginales avec 9 décès; 14 hystérectomies vaginales avec abandon des annexes, et enfin 4 ponctions et drainage.

J'ai trouvé un grand avantage à la suppression immédiate des pinces à forcipressure, l'opération terminée, et à leur remplacement par des ligatures. Le drainage dans l'opération radicale n'est nécessaire que s'il y a eu épanchement de pus dans le péritoine. Dans tous les autres cas, je referme le vagin et le péritoine par un ou deux points de suture. J'opère de cette façon depuis sept mois sans avoir observé un seul décès opératoire.

M. P. Segond (de Paris). — Je ne veux pas reprendre en entier la question du traitement des suppurations pelviennes, après le rapport de M. Bouilly, dont les conclusions sont extrêmement voisines de celles que j'ai exposées moi-même il y a trois ans.

Je veux seulement répéter, à propos de l'opération de Péan, que, de tout temps, j'en ai reconnu les contre-indications. La première contre-indication est, à mon avis, constituée par le volume de la tumeur, suppurée ou non, et l'ombilic a toujours été pour moi la limite au delà de laquelle je renonce à la voie vaginale.

Si le temps ne m'avait pas fait défaut, j'aurais voulu insister sur la valeur de l'opération américaine, dont M. Delagénière s'est fait en France le vulgarisateur et qui permet de réaliser par la voie abdominale l'ablation complète de l'utérus et des annexes dans des conditions de sécurité véritablement merveilleuses, ainsi que jai pu le constater en voyant opérer les chirurgiens américains. J'ai déjà eu d'ailleurs l'occasion de pratiquer moi-même cette opération, dans ces derniers temps, et j'ai compté autant de succès que d'interventions.

Au point de vue de la technique de l'hystérectomie vaginale, j'aurais également désiré insister sur l'inutilité des manœuvres d'importance secondaire, que l'on décrit minutieusement comme constituant en apparence des procédés nouveaux. J'ai fait, pour ma part, environ 600 hystérectomies vaginales sans avoir besoin de recourir à la plupart de ces manœuvres, dont on exagère singulièrement la valeur réelle.

J'aurais surtout voulu, dans cette communication, développer devant vous l'utilité de la libération du col, suivie ou non de son amputation, comme premier temps de l'hystérectomie vaginale Je considère cette libération du col comme extrêmement importante, parce qu'elle conduit à sectionner la base des ligaments larges, alors que là réside le seul obstacle à la descente de l'utérus, et que, lorsqu'on a amputé le col, on peut ensuite s'amarrer directement sur le corps utérin, ce qui donne immédiatement une prise solide; enfin, comme on ne peut blesser l'uretère que dans cette première phase de l'hystérectomie vaginale, cette libération du col donne toutes les garanties possibles contre un semblable accident.

M. Mangin (de Marseille). — Nous envisagerons dans le traitement des suppurations pelviennes les infections à grande virulence et les infections atténuées.

Les collections suppurées à grande virulence demandent à être ouvertes au plus tôt; pour ce faire nous avons abandonné la laparotomie qui nous donnait 20 0/0 de mortalité, pour ne plus employer que l'incision vaginale au bistouri, large incision en T dans le cul-de-sac postérieur assurant le drainage, curettage de la poche, injections journalières jusqu'à guérison, opération facile pouvant se faire sans chloroforme, certaine dans ces résultats, même chez les malades épuisées, opération pouvant s'attaquer même aux collections latérales et élevées. Les fistules ne sont à craindre que si les soins consécutifs n'ont pas été prolongés.

Dans ces conditions l'hystérectomie vaginale nous a semblé toujours superflue. Pour les collections proéminant vers le ventre nous nous en sommes tenu à la laparatomie sans énucléation de la poche, lorsque celle-ci était trop adhérente.

Pour les infections atténuées, nous avons usé très largement des traitements médicaux et chirurgicaux conservateurs, n'intervenant radicalement qu'après échec de ces différents moyens.

Grâce à cette méthode prudente nous n'avons plus observé de mortalité depuis quelques années sur un grand nombre de cas traités; les échecs sont très rares.

Sur 7,000 malades, nous avons trouvé 780 infections péri-utérines; 226 fois seulement une intervention nous a paru indiquée. Si on fait le départ des cas suraigus pour lesquels nous n'avons pu temporiser. soit 48, il reste 38 interventions radicales, hystérectomies ou laparotomies proposées, soit 5 0/0 seulement des cas observés. Quelques malades nous ayant quitté ou ayant refusé l'intervention, notre statistique se réduit à 193 opérations se décomposant de la façon suivante :

Infections graves : 9 laparotomies avec enlèvement de la poche (7 guérisons, 2 morts); 4 laparotomies sans enlèvement de la poche (4 guérisons); 35 incisions vaginales (33 guérisons, 1 mort chez une malade à infection déjà généralisée au moment de l'intervention, 1 récidive chez une tuberculeuse).

Infections atténuées : 16 laparotomies (16 guérisons); 3 hystérectomies vaginales (3 guérisons); 4 ablations d'annexes par le vagin (4 guérisons); 122 opérations conservatrices (91 guérisons, 25 améliorations sérieuses, 6 échecs).

M. Pichevin (de Paris) se rallie sans réserves aux conclusions du rapport de M. Bouilly, avec cette nuance peut-être que chez les femmes jeunes, même quand on a constaté la bilatéralité des lésions, il faut faire la laparotomie pour être bien certain qu'il n'y a pas possibilité de conserver les annexes malades, il est vrai, mais peu volumineuses, mobiles et peu douloureuses. M. Pichevin a observé, avec M. Le Dentu, quatre cas de grossesse après conservation des annexes d'un côté.

M. Doléris (de Paris). — Il est difficile d'adapter d'une manière précise un traitement déterminé à une lésion également déterminée. La superposition exacte des règles thérapeutiques à des espèces anatomiques est une illusion. Quant au fait de la suppuration, il a perdu de son importance depuis qu'ont été établies les deux lois suivantes :

a) Les processus les plus graves et les plus virulents engendrent rarement le pus;

b) 40 0/0 environ des collections suppurées du bassin renferment un fluide stérile et sans action pathogène.

Il n'y a pas de symptôme d'une certitude absolue pour les suppurations pelviennes. La fièvre est généralement élevée au prélude de l'infection et à chaque réaction péritonéale avec ou sans suppuration. La douleur est d'une signification tellement paradoxale et d'une interprétation si délicate que les chirurgiens doivent renoncer à en tirer parti pour le diagnostic et pour le choix du traitement.

M. Doléris conclut que le traitement des suppurations pelviennes, sauf certains cas très nets mais rares, se confond avec celui des inflammations pelviennes. Il conclut aussi que ce traitement doit procéder suivant les règles générales et absolues de la thérapeutique, du simple au composé, des procédés bénins et conservateurs aux procédés de destruction.

Ce sont là des principes qu'il défend depuis sept ans. Il se plaît à voir qu'on tend aujourd'hui à les suivre depuis que l'incision du cul-de-sac postérieur est si généralement entrée dans la pratique des chirurgiens.

M. Durel (de Lille) insiste particulièrement sur deux formes graves de suppurations pelviennes compliquées : les *suppurations multiples* et les *suppurations à processus fibreux.*

Ces deux formes ont pour origine commune des infections intenses, dues habituellement aux streptocoques qui envahissent d'emblée tout l'appareil génital en diffusant à la fois par les voies muqueuse, lymphatique, séreuse et interstitielle. Elles pré-

sentent quelque analogie avec les phlegmons diffus qui évoluent tantôt vers les suppurations mulüples, tantôt vers le processns fibreux.

Traitement chirurgical des rétro-déviations utérines.

M. Küstner (de Breslau) lit un rapport sur cette question. Il distingue avant tout, dans le traitement des déviations utérines, les rétroversions et les rétroflexions réductibles de celles qui sont maintenues par des adhérences, ces dernières devant tout d'abord être mobilisées, après quoi, pour maintenir l'organe en antéversion ou en antéflexion, on aura recours aux mêmes procédés que pour les rétroversions et les rétroflexions réductibles d'emblée.

Les opérations « mobilisantes » ayant pour but de mobiliser les rétroversions et les rétroflexions adhérentes doivent se faire de façon différente selon que les adhérences sont nombreuses ou non. Dans ce second cas, il ne faut pas ouvrir la cavité abdominale. Dans le premier cas il faut l'ouvrir. L'ouverture se fait soit par les culs-de-sac antérieur et postérieur, soit par la paroi abdominale. La laparotomie permet le mieux de se rendre un compte exact de la nature et de l'étendue des adhérences, de les libérer et de traiter les annexes généralement malades comme il convient. Les colpotomies antérieures et postérieures sont des opérations beaucoup moins exactes.

Quand on opère l'utérus rétro-dévié, on doit pouvoir le maintenir dans une bonne position sans nuire à ses fonctions normales. La ventrofixation, la fixation vésicale et l'opération d'Alexander remplissent ces conditions. Il n'en est pas de même de la fixation vaginale qui trouble les fonctions utérines.

Il faut donc se garder de faire la vagino-fixation chez les femmes aptes à concevoir. Au contraire, on pratiquera cette opération avec succès chez les femmes arrivées à la ménopause.

Avec des adhérences étendues, le mieux est de faire la laparotomie, de détruire les adhérences avec le thermo-cautère ou avec le doigt et de faire ensuite la ventro-fixation.

Quant aux annexes, on les traitera en conséquence, n'enlevant que le moins possible et prenant soin de conserver autant que possible de tissu ovarien chez les femmes jeunes.

Quand la rétrodéviation utérine est réductible d'emblée, la meilleure opération que l'on puisse pratiquer, c'est l'opération d'Alexander.

Les indications pour le traitement chirurgical des rétroversions et des rétroflexions utérines réductibles sont essentiellement données par la longueur de l'affection, l'inutilité du traitement par les pessaires, l'aversion des malades pour ce genre de traitement, etc.

M. Pozzi (de Paris), *corapporteur.* — La rétrodéviation de l'utérus, simple ou avec flexion, peut être mobile, due alors au relâchement des ligaments, sans adhérences consécutives à une péri-métro-salpingite antérieure, ou, au contraire — et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent — la rétrodéviation est fixe, par suite d'adhérences postérieures développées surtout autour des annexes après une périmétrite ou une péri-oopboro-salpingite.

On ne doit établir aucune assimilation entre ces deux formes de rétrodéviations, confondues sous un même nom à une époque où l'analyse des signes fournis par le toucher était encore rudimentaire et où l'on ignorait presque complètement les lésions tubo-ovariennes. On confondait donc ordinairement les rétrodéviations avec les tumeurs inflammatoires tubo-ovariennes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

En ce qui concerne les rétrodéviations mobiles, on devrait substituer aux noms de rétroversion et de rétroflexion celui de mobilité excessive de l'utérus. C'est qu'en effet l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de la matrice qui a perdu sa fixité et, par suite, sa courbure normale en avant; mais cette orientation vicieuse ne cause par elle-même que des accidents très accessoires de compression. Les phénomènes principaux d'ordre nerveux et réflexes sont indépendants de la direction de la déviation et sont dus à la mobilité. Ils persistent quand on ramène momentanément l'utérus en avant sans assurer sa fixité. Ils paraissent dus à une rupture d'équilibre dans la statique abdominale, à une véritable entéroptose pelvienne.

Toute opération qui a pour but, en pareil cas, de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface ne peut avoir que des résultats temporaires, la traction constante sur le point d'attache artificiel produisant de nouveau le relâchement. Telle est la cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou moins longue, de l'opération d'Alexander et d'autres opérations analogues. L'hystéropexie abdominale, la vagino et la vésicofixation ne semblent également donner qu'une stabilité temporaire. Du reste, beaucoup de ces opérations doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

Le traitement rationnel de la rétrodéviation mobile ou pour mieux dire, de la mobilité excessive de l'utérus, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications. Il faut d'abord guérir la métrite, très fréquente en pareil cas, par les moyens appropriés (curettage, amputation du col, etc.). Souvent il faut restaurer le périnée, déchiré ou relâché, par une opération plastique largement pratiquée. Enfin on fera porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

Le traitement de la rétrodéviation fixe de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

Elle est toujours due à des adhérences plus ou moins fortes, siégeant soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des annexes. Il en est qui peuvent être rompues par des manœuvres de massages combinées ou non avec le cathétérisme; mais cette pratique offre toujours des dangers. Elle est du reste irrationnelle.

La rétrodéviation n'est ici, en réalité, qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le degré des lésions des annexes ou de l'utérus.

Beaucoup de rétrodéviations fixes sont indolentes et constituent des « lésions de guérison » acquises et tolérées, puis des symptômes morbides surviennent si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

Dans d'autres cas, l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes, et que s'il existe de la métrite concomitante, elle est deutéropathique. La laparotomie est alors indiquée. Trouve-t-on des lésions légères des annexes, une ovarite scléro-kystique sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences? On devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celles-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai, pendant longtemps, complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant par crainte des accidents ultérieurs de dystocie. J'ai, du reste, obtenu de cette façon d'aussi bons résultats.

S'agit-il de lésions plus ou moins profondes de l'ovaire et des trompes, avec oblitération de ces dernières? On fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la rétrodéviation de l'utérus.

Enfin, il est des cas où le meilleur traitement d'une rétrodéviation est l'hystérectomie vaginale; ce sont ceux dans lesquels il s'agit de lésions anciennes et bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique avec hypertrophie de l'utérus. L'extirpation des annexes par l'abdomen, après la destruction des adhérences, laisserait, en effet, l'utérus, lourd et volumineux, se renverser de nouveau dans le cul-de-sac de Douglas. On pourrait, il est vrai, pratiquer en même temps que la castration une hystéropexie abdominale complémentaire, et, plus tard, amener la guérison et l'involution de l'utérus par le curettage et l'amputation du col; enfin, restaurer le périnée si cela était nécessaire et placer un pessaire, mais cette pratique serait beaucoup plus compliquée, plus longue, et sensiblement aussi grave que l'hystérectomie vaginale.

M. Reynier montre qu'en présence d'une rétroversion, il faut non seulement redresser l'utérus, mais encore faut-il le maintenir réduit. Pour lutter contre la laxité des ligaments, nous avons l'opération d'Alexander, suffisante si on s'assure que le plancher périnéal est intact et si on le répare dans le cas contraire. On détruit ainsi la sensation de tension que l'utérus déterminait ainsi que la gêne dans le fonctionnement du rectum. On doit traiter en même temps la métrite, cause des douleurs, et on la traitera par le curettage ou la cautérisation.

M. Reynier n'admet pas les procédés de fixation de l'utérus par la voie vaginale.

Les rétroflexions sont, dit-il, symptomatiques de métrites et de lésions annexielles. M. Reynier a opéré 31 femmes atteintes de rétroflexion; quatre fois il a fait l'ablation de l'utérus et des annexes par le vagin; vingt-sept fois il a fait l'hystéropexie par la laparotomie. Toujours il a trouvé les annexes lésées. A ce point de vue, donc, l'opération d'Alexander serait une opération insuffisante dans le traitement des rétrodéviations, car elle permet, il est vrai, d'amener l'utérus dans sa position normale, mais, avec l'utérus, elle entraîne en avant les annexes qui lui adhèrent et ne supprime pas la cause des douleurs.

La laparotomie serait le mode d'intervention de choix dans le traitement des rétrodéviations; elle seule permet de rompre facilement les adhérences, de traiter les annexes en conséquence, de redresser l'utérus et de le fixer en bonne position par l'hystéropexie.

Enfin, M. Reynier indique le procédé qu'il a maintenant adopté dans l'hystéropexie: au lieu de passer les fils de soie en plein dans le corps utérin, il les passe dans le ligament large en les faisant pénétrer au-dessus de l'insertion utérine du ligament rond. Dans ces conditions, il n'a pas vu ses fils s'éliminer et il a constaté que l'utérus restait bien fixé.

M. Schwartz (de Paris) a fait quarante-six interventions chirurgicales pour rétrodéviations utérines.

Notre manuel opératoire est le suivant: après avoir préparé la malade comme pour toute laparotomie et introduit dans la cavité utérine préalablement curettée une bougie d'Hegar n° 6 ou 7 que nous maintenons à l'aide d'un tampon d'ouate, nous pratiquons, si l'opération nous paraît devoir être simple, une incision de 4 à 5 centimètres au plus; dès que le péritoine est ouvert, deux doigts introduits cherchent le fond de la matrice, explorent en même temps les annexes, tandis qu'un aide redresse doucement l'utérus à l'aide de la bougie intra-utérine. S'il y a des adhérences, elles sont rapidement décollées ou déchirées.

L'utérus redressé est traversé, au niveau de son fond, d'un fil de soie n° 2 ou 3, qui passe au-dessous de l'insertion des deux trompes; l'anse ainsi formée nous sert à attirer l'utérus en haut et à passer sans difficulté deux ou trois autres fils de soie au-dessous, en évitant le cul-de-sac vésical et en restant même le plus éloigné que l'on pourra. Si les annexes sont malades, elles sont ignipuncturées, ou réséquées, ou enlevées avant le serrage des fils que l'on passera de chaque côté, dans toute l'épaisseur de la paroi, excepté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; des fils séparés ferment le péritoine, puis les téguments et les plans musculo-aponévrotiques.

Nous avons fait vingt-quatre fois une hystéropexie simple; vingt-deux fois elle a été combinée avec une intervention sur les annexes (ignipuncture quatre fois, castration unilatérale quatorze fois, bilatérale deux fois, résection de l'ovaire deux fois).

Une fois, nous avons enlevé un fibrôme sous-péritonéal qui avait paru produire une vraie luxation traumatique de la matrice; une autre fois, nous sommes tombé sur une rupture tubaire de grossesse extra-utérine qui a été extirpée.

Nous avons revu trente-quatre opérées de trois mois à cinq ans et demi après l'opération.

Je n'ai eu que deux récidives, et encore l'une d'elles après un accouchement; d'ailleurs, dans ce cas il n'y a plus de douleurs. Deux opérées souffrent encore après deux ans, malgré le redressement et la fixation.

Trente sont et restent guéries depuis: cinq ans et demi, une; quatre ans, une; trois ans, quatre; dix-huit mois à deux ans, treize; un an, cinq; trois à six mois, six.

Nous n'avons observé que deux éventrations consécutives, dont une après suppuration d'un fil.

Trois de nos opérées ont accouché à terme.

Deux autres ont été enceintes: chez l'une, la grossesse n'a pu être menée à terme; chez l'autre, la grossesse a continué, mais je n'ai pu revoir l'opérée depuis.

M. Péan (de Paris) établit, lui aussi, une division bien nette entre les rétrodéviations utérines mobiles et les rétrodéviations utérines adhérentes.

Pour les premières il se contente de l'emploi du pessaire en métal, aussi léger que possible, aidé, si besoin est, d'une périnéorrhaphie.

Mais dans certains cas, le pessaire ne suffit pas. Alors, il y a lieu de discuter la façon dont on va détruire les faibles adhérences qui maintiennent l'utérus rétrofléchi. M. Péan s'en tient ici à l'usage du cathéter de Sims ou au massage gynécologique qui a été mis en honneur par Thure-Brandt.

M. Péan montre ensuite comment il a été amené, pour le traitement des rétrodéviations très adhérentes, à faire d'abord l'amputation du col utérin et l'élytropérinéorrhaphie, puis à inciser le cul-de-sac de Douglas pour aller détruire les adhérences rétro-utérines, explorer la face postérieure de l'utérus et les annexes, puis, après avoir rendu à l'utérus sa mobilité, à ouvrir le cul-de-sac antérieur, à décortiquer sur la ligne médiane, sur une hauteur de quatre centimètres, la face postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus. Il fait alors passer transversalement ou verticalement trois à cinq crins de Florence entre le revêtement celluleux de la vessie et celui de la paroi antérieure de l'utérus de façon à les suturer l'une à l'autre. Il coupe enfin les nœuds au ras et ferme la plaie vaginale avec un étage superficiel de crins de Florence. Il a soin de ne nouer les fils qu'après s'être assuré que le corps et le fond de l'utérus sont maintenus dans une bonne position.

Mais, quand il est impossible de faire basculer la matrice et de la fixer en avant, la conduite à suivre est alors la castration utérine par la voie vaginale. Cette opération est toujours possible grâce au morcellement.

M. Pichevin (de Paris) ne veut plus pratiquer la vaginofixation que chez des malades non susceptibles de devenir enceintes parce qu'il a récemment vu, à l'exemple des chirurgiens allemands, une malade traitée par colpo-hystéropexie avec ablation unilatérale des annexes devenir enceinte et présenter un accouchement difficile pendant lequel l'enfant est mort. Aussi, M. Pichevin s'en tient-il désormais à l'opération de Dührssen combinée à des interventions sur le col, le vagin et le périnée.

Enfin, M. Pichevin a étudié des utérus rétro-déviés enlevés par hystérectomie. Il a constaté qu'ils avaient subi des lésions de sclérose. Le tissu musculaire était remplacé par des fibres

lamineuses très denses, parcouru par des vaisseaux anormalement développés et à parois très épaissies. Expérimentalement, M. Pichevin a pu, quoique ses expériences soient encore peu nombreuses, arriver à reproduire chez la lapine des lésions semblables à celles de l'utérus de la femme rétrofléchi.

Chez les femmes jeunes, donc, la déviation peut, par ellemême, entraîner des lésions utérines et il est nécessaire de mettre l'organe en bonne position, ne fût-ce que par un pessaire, sans parler de l'obligation de traiter la métrite, le relâchement du plancher pelvien et, au besoin, l'inflammation péri-utérine.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le doyen de cette Faculté est autorisé à accepter au nom de cet établissement, le legs fait à ladite Faculté par le sieur Rigout, le revenu devant, après le décès de l'usufruitière, recevoir l'affectation suivante :

1° 500 francs pour la meilleur thèse de chimie biologique ou de chimie physiologique ou de bactériologie ;

2° 300 francs à la bibliothèque de la Faculté ;

3° 100 ou 200 francs, suivant le cas, à servir annuellement à la Société d'enseignement (ligue Macé).

Sont nommés, pour l'année scolaire 1896-1897, chefs de travaux et de laboratoires :

Travaux pratiques. — MM. les agrégés Hanriot *(chimie)*, Weiss *(physique)*, Rémy *(histologie)*, MM. Brault *(anatomie pathologique)*, Lahorde *(physiologie)*.

M. Rondeau est nommé chef adjoint des travaux pratiques de physiologie.

Laboratoires de recherches et d'enseignement. — MM. les agrégés Chantemesse *(anotomie pathologique)*, Gilbert *(thérapeutique et matière médicale)*, Wurtz *(pathologie expérimentale et comparée)*, Netter *(hygiène)*; MM. Langlois *(physiologie)*, Desgrez *(pathologie et thérapeutique générales)*, Descout, Ogier et Vibert *(médecine légale)* Fiquet *(chimie biologique)*, Brissemoret *(pharmacologie)*.

M. Héricourt est nommé chef adjoint du laboratoire de la chaire de physiologie.

Laboratoires des cliniques. — MM. Springer, Drouin et Suchard *(clinique médicale de la Charité)*, Pilliet et Rohin *(clinique chirurgicale de la Charité)*, Berdal *(clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu)*, Achalme et Thiroloix *(clinique médicale de la Pitié)*, Bezançon *(clinique chirurgicale de la Pitié)*, Lion et Winter *(clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine)*, Fabre-Domergue *(clinique chirurgicale de l'hôpital Necker)*, Souques *(clinique des maladies du système nerveux)*, Wallich *(clinique Baudelocque)*, Serveaux, Sauvineau, Dumas et Rabaud *(clinique des maladies mentales)*, Sabouraud *(clinique des maladies cutanées et syphilitiques)*, Ledoux-Lebard *(clinique des maladies des enfants)*, Hallé et Chabrié *(clinique des maladies des voies urinaires)*.

Sont nommés chefs adjoints : MM. Savoire *(clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu)*, Cathelineau *(clinique des maladies cutanées et syphilitiques)*, Mermet *(clinique ophtalmologique)*.

M. Philippe est chargé, pour l'année scolaire 1896-1897, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Lille.

M. le docteur Charmeil, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1896-1897, du cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. le docteur Calmettes est chargé du cours de bactériologie et thérapeutique expérimentale.

Ecole de médecine de Dijon.

M. Duhard est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

NOUVELLES

La Fête du fœtus à l'Ecole du service de santé de la marine.

Pour clore l'année scolaire, a eu lieu, à l'Ecole du service de santé de la marine, le samedi 1er août, la fête annuelle dite des *Fœtus*, offerte par les élèves de la dernière promotion qui, après les neuf mois d'incubation de la première année d'études, naissent, enfin, à la vie des anciens, avec qui ils prennent rang désormais.

Une *Fœtus revue* a été jouée et chantée par un groupe de nouveaux. Les scènes rappelaient les principales circonstances de la vie scolaire, et le directeur et le sous-directeur étaient les premiers à applaudir leurs sosies parfaits de ressemblance.

De pareilles fêtes ne peuvent avoir que d'heureux résultats, et l'Ecole de Lyon n'aurait qu'à gagner à adopter l'exemple qui lui vient de Bordeaux.

Exercice de la médecine en Algérie.

L'exercice de la médecine en Algérie vient d'être réglementé par le décret suivant :

La loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, est applicable à l'Algérie, sous réserve des dispositions ci-après :

1° Le droit d'exercer l'art dentaire dans les conditions prévues par l'article 32 est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1er janvier 1896 ;

2° Il est permis aux femmes musulmanes d'accoucher leurs coreligionnaires, et aux opérateurs indigènes de pratiquer la circoncision sur des musulmans. Toutefois, il ne peut leur être délivré ni patente, ni certificat, et l'autorité administrative reste toujours libre de retirer le bénéfice de cette disposition à tout indigène, homme ou femme, signalé comme coupable d'abus, manœuvres criminelles ou délictueuses, imprudences préjudiciables à la santé publique ou contraires au bon ordre.

Les indigènes qui, ayant été l'objet d'une interdiction de ce genre, continueront à prêter leur concours à des accouchements ou à des circoncisions, seront passibles des peines prévues par la loi contre l'exercice illégal de la médecine.

Les désinfecteurs infecteurs.

M. Roulin a rapporté, à la Société de médecine et de chirurgie pratiques, le fait suivant : Un enfant atteint de scarlatine légère est gardé à la chambre quarante jours ; puis désinfection de l'appartement par une équipe municipale. Deux jours après, l'enfant présente une plaque reconnue diphtérique d'une amygdale. M. Roulin ne doute pas que les désinfecteurs n'aient apporté cette maladie, l'enfant n'ayant été approché par personne autre, et lui-même n'étant pas retourné dans la maison depuis trois semaines.

M. Bardet a affirmé après expériences que la désinfection par pulvérisation — procédé adopté par la ville de Paris — donne des résultats illusoires.

Les chiens ambulanciers.

On peut voir, depuis quelque temps, circuler dans les rues du village de Lechenich, près de Cologne, un véritable bataillon de chiens que leur maître dresse pour le service des ambulances en vue des prochaines grandes manœuvres allemandes.

Chaque animal porte sur son dos une petite selle munie de poches contenant tout ce qu'il faut pour opérer un premier pansement provisoire, ainsi qu'une gourde remplie d'eau-de-vie.

On apprend aux chiens à reconnaître les blessés et à se baisser

vers eux pour leur permettre, en attendant les brancardiers, d'étancher leur soif et de soulager un peu leurs souffrances.

Une grande croix rouge est marquée sur la selle, et des bretelles de cuivre servent à fixer, sur la cropne de l'animal, une petite lanterne à réflecteur qu'on allume pour le service de nuit.

Les chiens ambulanciers ont déjà figuré aux manœuvres allemandes l'année dernière, où leur utilité a été reconnue; aussi cette année, leur initiateur a-t-il été chargé de dresser, à cet effet, toute une meute. Il a choisi des chiens écossais de taille moyenne, dont l'intelligence et la docilité à appreudre sont, paraît-il, remarquables. *(Médecine Moderne.)*

Jalousie et tuberculose.

M. le Dr Gilbert rapporte un fait qui montre jusqu'à quel point l'aberration humaine peut aller chez un moribond, et, d'un autre côté, pour la femme d'un phtisique, une des mille manières, la plus rare sans doute, de devenir tuberculeuse.

Un confrère du Midi, jeune encore, atteint d'une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, avait demandé plusieurs fois à sa femme de ne pas le laisser partir seul et de mourir avec lui. Un jour, c'était le dernier de sa vie, il se fit servir une coupe de champagne, en but une gorgée, puis cracha dedans deux ou trois fois. Alors, il l'offrit à sa femme et lui demanda comme preuve d'amour de boire cet affreux mélange. Elle hésita un instant, ferma les yeux, prit la coupe et la vida d'un trait. Quelques instants plus tard, le moribond, tranquillisé, s'endormit pour toujours. La malheureuse victime, prise bientôt d'une fièvre intense, ne tarda pas à s'aliter et à présenter du côté de l'abdomen des symptômes inquiétants, et bientôt tous les symptômes d'une phtisie en voie d'évolution. Est-elle morte victime de son héroïsme ? C'est fort probable, car M. Gilbert n'a plus eu de ses nouvelles. Elle est allée rejoindre celui qui lui avait arraché en mourant sa santé et sa vie. *(Revue de la tuberculose.)*

Comment monter les escaliers?

On doit poser carrément sur la première marche tout le pied, plante et talon; puis, par un mouvement lent, mais délibéré, s'élancer dans les mêmes conditions sur la seconde et ainsi de suite.

De cette manière, aucun muscle spécial n'est mis en action et tout le poids du corps est supporté par l'ensemble des muscles de la cuisse et de la jambe.

C'est, en somme, le procédé de la course en flexion appliqué à la montée des escaliers. On sait qu'en courant sans relever le corps, en gardant la jambe demi-fléchie sur la cuisse, et en faisant raser le sol par le pied à plat, en se soulevant le moins possible sur la plante du pied, on évite une grande partie de la fatigue de la course. C'est d'ailleurs la position que prennent instinctivement les vieillards et les individus fatigués. *(Revue scientifique.)*

NOTES POUR L'INTERNAT

PHYSIOLOGIE DE LA DÉGLUTITION

Troisième temps (temps œsophagien). *Le bol alimentaire accomplit la traversée œsophagienne.*

Ce temps de la déglutition n'est bien connu que depuis les recherches de M. Ranvier. Celui-ci l'a étudié chez le chien en se servant de boules de liège introduites dans l'œsophage et attachées à une tige sortant par l'orifice buccal.

Tandis que s'accomplit la déglutition œsophagienne, la contraction de l'organe est assez forte pour qu'il soit difficile de faire remonter la boule en tirant sur la tige, tandis qu'au contraire il est très aisé de l'enfoncer. Cela prouve que le conduit œsophagien se contracte seulement au-dessus du bol alimentaire. La seule présence de la boule sur un point quelconque de l'œsophage provoque la contraction de la région œsophagienne située au-dessus, si bien qu'on peut une série de fois retirer la boule de l'estomac et la remonter à une hauteur quelconque : elle est toujours redéglutie à nouveau et descend dans l'estomac, jusqu'à ce que l'œsophage, fatigué à la fin, ne se contracte plus; la boule reste alors immobile.

Ce qu'il y a de curieux dans cette déglutition œsophagienne, c'est qu'elle subit, au-dessus du cardia, un véritable temps d'arrêt qu'on peut enregistrer en attachant à l'extrémité supérieure de la tige un fil mis en communication avec un appareil enregistreur. Le temps d'arrêt est d'une seconde et demie environ ; la déglutition ne continue ordinairement qu'après un mouvement d'inspiration. On peut donc dire que le cardia est fermé quand arrive à lui le bol alimentaire et qu'il existe véritablement un quatrième temps de la déglutition, le *temps cardiaque.*

Tel est le mécanisme de la déglutition isolée (déglutition des solides). Il importe maintenant d'étudier comment celui-ci se modifie dans les déglutitions associées (déglutition des liquides). Quelle que soit la manière de boire — d'un trait, à la pipette, à la régalade — on peut dire que les lois générales de la déglutition sont les mêmes que pour les solides, surtout dans le mode à la pipette; mais de l'une ou de l'autre manière, on tend toujours à faire de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif un tube inerte, tendu et ouvert, dans lequel les aliments progressent surtout sous l'influence de la pesanteur. A cet effet, voici ce qui se passe : les mâchoires sont à demi écartées; le larynx est fixé dans une position intermédiaire entre ses deux positions extrêmes et oscille autour d'elles ; le voile du palais est fixé dans sa tension et dans son élévation; le pharynx est dans un raccourcissement permanent qui s'accroît à chaque déglutition; la respiration est suspendue et l'épiglotte est abaissée sur le larynx pour empêcher le passage des aliments dans les voies aériennes.

Physiologie nerveuse de la déglutition.

C'est là une question très obscure. D'abord, l'innervation des organes qui servent à la déglutition est anatomiquement mal connue : ensuite, l'expérimentation chez les animaux donne des résultats difficiles à apprécier. On peut cependant, des études faites, dégager quelques faits. Les voici :

S'il est vrai qu'on peut déterminer des mouvements de déglutition plus ou moins imparfaits par excitation du glosso-pharyngien, du facial, de l'hypoglosse, du trijumeau, ce qui est encore moins contestable, c'est que le vrai nerf de la déglutition est le pneumogastrique. Cela est prouvé : 1° pour le pharynx, car la déglutition pharyngienne est très troublée par la section de la dixième paire ; 2° pour l'œsophage, car la déglutition œsophagienne est complètement supprimée par la section des deux nerfs pneumogastriques (expérience concluante de Ranvier).

Mais si le pneumogastrique est bien le vrai nerf de la déglutition, cette propriété lui appartient-elle directement, ou bien, au contraire, la tient-il du spinal qui lui donne de nombreuses fibres? La réponse est difficile. Il est certain que l'arrachement des racines du spinal trouble la déglutition, mais pas au même titre que la section du pneumogastrique C. Bernard avait expliqué cela en imaginant dans le pharynx une double innervation : 1° une innervation pneumogastrique liée à la simple propulsion des aliments; 2° une innervation spinale, liée à l'action exercée par les muscles du pharynx sur la fermeture de la glotte. Il est plus simple de croire, avec Chauveau et Arloing, que les troubles de la déglutition consécutifs à la section du spinal proviennent de la paralysie des constricteurs laryngiens de la glotte.

(A suivre.) X. Y.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 38 19 Septembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Le péricarde à la base du cœur.

« Le péricarde séreux forme autour de l'aorte et de l'artère pulmonaire une gaine complète et commune aux deux vaisseaux; il ne forme que des demi-gaines autour des veines de la base du cœur. » Telle est la description par trop concise que donnent tous nos classiques.

Bichat, Cruveilhier, Sappey, Testut, Bourgery, Lushka, Henle, n'en disent pas davantage, et avec ces données si brèves, il est bien difficile de comprendre le péricarde. Gegenbaur, il est vrai, trace de main de maître, en quelques lignes, le trajet du péricarde à la base du cœur; le professeur Farabeuf a dessiné une figure merveilleuse de clarté et qu'un simple regard permet de comprendre, mais cet enseignement est mal connu, et le péricarde à peu près ignoré, bien qu'on croit généralement le comprendre.

Ouvrez un péricarde sur sa face antérieure; prenez le cœur à pleine main, il est libre dans la cavité séreuse, mais parcourez du doigt sa face postérieure, vous êtes arrêtés par la réflexion du feuillet péricardique à différentes hauteurs; le long des deux bords du cœur, vous êtes arrêtés bas, très bas à droite par la veine cave inférieure, plus haut à gauche par une veine pulmonaire; au milieu, au contraire, si vous suivez le sillon interventriculaire, vous remontez bien plus haut, votre doigt est dans un cul-de-sac, et, capuchonné par la séreuse, il touche le bord supérieur des oreillettes, le bord inférieur des deux branches de l'artère pulmonaire. Faites la même manœuvre sur la face antérieure, la réflexion de la séreuse se fait partout à la même hauteur ; si maintenant vous contournez du doigt le bord de la pulmonaire ou de l'aorte, vous passez sans aucun arrêt derrière ces vaisseaux, vous êtes engagés dans un canal cylindrique où de tous côtés votre doigt touche la séreuse : c'est le sinus transversum de Henle, le canal de Theile que le professeur Farabeuf a si bien décrit et figuré.

Comment et à quelle hauteur se fait la réflexion du péricarde à la base du cœur, comment sont formées les demi-gaines partout citées, comment sont constituées les parois du sinus transversum, c'est ce qu'il nous faut étudier.

Sinus transversum (Henle). — Tout d'abord remarquez que ce canal est presque en entier situé devant l'oreillette gauche; l'oreillette droite n'y prend part que par sa portion tout interne; en majeure partie elle est située à droite du canal.

Il est fortement concave en avant, car les oreillettes embrassent le bulbe artériel qui se loge dans leur courbure.

Regardez maintenant les deux entrées du sinus : l'une, la droite, est nettement délimitée par deux piliers; le pilier antérieur c'est le bord droit de l'aorte; le pilier postérieur est formé par la veine cave supérieure qui, pleine de sang, vient presque s'appliquer contre l'aorte et fermer l'entrée du tunnel. Le seuil est formé par l'auricule droite, libre.

L'entrée gauche du sinus est au contraire largement ouverte ; il y a bien un pilier antérieur, le bord gauche de l'artère pulmonaire, mais pas de pilier postérieur, les veines pulmonaires gauches ne font qu'une saillie insignifiante. Le seuil est, comme à droite, formé par l'auricule.

Si maintenant votre œil plonge dans le canal, vous verrez vers le milieu de son trajet, le toit en être déprimé en forme de croissant par un vestige veineux qu'Henle a parfaitement décrit.

La paroi antérieure du canal est formée par la face postérieure du bulbe artériel, de l'aorte et de la pulmonaire réunies; à la partie supérieure, le péricarde s'invagine légèrement entre elles. Elle est large d'au moins trois centimètres.

Le toit est formé par les deux branches de l'artère pulmonaire qui, dirigées en arrière et en dehors vers le hile pulmonaire, s'étendent comme deux grands bras sur le dôme du canal. Le péricarde de la face postérieure du bulbe artériel vient butter contre ces vaisseaux transversaux nés à angle droit de leur tronc d'origine, se réfléchit sous eux et gagne la paroi postérieure du sinus transverse. Au milieu, le toit, ai-je dit, est déprimé par un vestige veineux; en voici l'explication. Marshall a, le premier, bien insisté sur la persistance, chez l'adulte, de la veine cave supérieure gauche et d'une grande veine azygos gauche. Wenzel Grüber en a repris la description dans son étude sur les veines du cœur. Henle le signale à propos du

péricarde, et le professeur Farabeuf l'enseigne depuis de longues années.

Du tronc veineux brachio-céphalique gauche, au-dessous du point où se jettent les intercostales supérieures, segment supérieur de la grande azygos gauche, on voit partir un cordon fibreux, vestige de la veine cave supérieure: il passe devant l'artère pulmonaire, branche gauche, contourne son bord inférieur et gagne la face postérieure de l'oreillette gauche en passant sur son bord supérieur. Au point où il passe sous l'artère pulmonaire il est sur le toit du sinus transverse, le déprime et y détermine la saillie falciforme qu'a décrite Henle; le péricarde l'entoure en grande partie et on le voit faire sur chacun de ses bords un petit cul-de-sac comme autour de la veine cave supérieure droite.

On trouve toujours à ce niveau une petite veine péricardique qui se jette dans les intercostales supérieures gauches, s'anastomose d'un autre côté avec la grande veine de la face postérieure de l'oreillette gauche, se jette par son intermédiaire dans le sinus des coronaires et l'oreillette droite; ce sont là, chez l'adulte, les vestiges de la veine cave supérieure gauche, d'après Marshall.

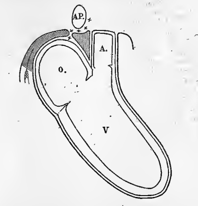


Fig. 1.
Le sinus transversum et le cul-de-sac rétroauriculaire.
+++ Vestige veineux de Marshall.

La face inférieure du sinus transverse n'existe pour ainsi dire pas, les faces antérieure et postérieure s'unissent à angle aigu, si bien que sur une coupe antéro-postérieure le canal a la forme d'un ovale, à petite extrémité inférieure (fig. 1).

Face postérieure du sinus (fig. 2). — C'est la plus intéressante, la plus difficile à comprendre. On peut la diviser en deux champs, un inférieur auriculaire, un supérieur vasculaire.

Le champ inférieur, c'est la face antérieure des oreillettes, surtout de la gauche. Au-dessus, c'est le champ vasculaire, beaucoup moins haut que le précédent; à vrai dire, ce n'est que la ligne de réflexion de la séreuse qui du toit du canal descend sur la face antérieure des oreillettes.

De gauche à droite vous rencontrez la veine pulmonaire gauche inférieure, encore est-elle située à gauche de l'entrée du canal, derrière l'auricule; puis la veine pulmonaire gauche supérieure. Plus à droite, à deux centimètres au moins, voici la veine cave supérieure, mais dans l'angle qui forme son bord gauche avec le sommet de l'oreillette, vous apercevez le bord supérieur de la veine pulmonaire droite supérieure, oblique en bas et à gauche; le péricarde le recouvre.

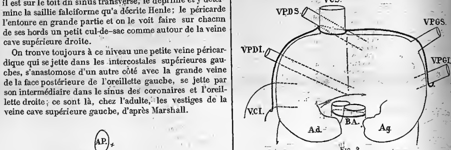


Fig. 2.
Ligne de réflexion du péricarde de la face supérieure à la face postérieure du sinus transversum. — La flèche est dans le sinus.

Entre les deux veines pulmonaires, gauche et droite, il y a un espace libre, dépourvu de gros vaisseaux; là se trouve le vestige fibreux de la veine cave supérieure gauche et la petite veine de Marshall.

La veine cave supérieure est entourée de péricarde sur les trois quarts de sa circonférence, un simple interligne persiste en arrière; vidée de son sang elle apparaît flanquée de deux culs-de-sac péricardiques qui se rejoignent presque sur sa face postérieure; sa gaine est presque complète et formée par le même feuillet de la séreuse, viscérale; le fait est important.

Remarquez que la veine pulmonaire droite inférieure n'est pas mentionnée à la face postérieure du sinus; elle est située trop bas, cachée derrière l'oreillette droite.

Suivons le péricarde maintenant, à droite de l'orifice droit du sinus transverse; il s'étend, rencontre le segment supérieur de la veine pulmonaire droite supérieure qui va passer derrière la veine cave, et la recouvre, cette veine fait une notable saillie; plus à droite et plus bas, la veine pulmonaire droite inférieure avant qu'elle ne s'engage derrière l'oreillette, puis, enfin, la veine cave inférieure que le péricarde contourne.

Trajet de la ligne de réflexion du péricarde à la face postérieure (fig. 3). — La séreuse couvre environ un centimètre de cette grosse veine, passe de sa face antérieure sur son bord inférieur et remontant à sa face postérieure arrive sur la face postérieure de la base du cœur. Quel y est son trajet?

Suivez-le: du bord inférieur de la veine cave, il remonte sur sa face postérieure, la quitte et, s'adossant au feuillet qui en a tapissé la paroi antérieure, il se porte sur la veine pulmonaire droite inférieure et recouvre sa face posté-

rieure, tandis que sa face antérieure est recouverte de séreuse sur une moins grande étendue parce qu'elle s'adosse à l'oreillette.

De là le péricarde ne gagne pas la veine pulmonaire droite supérieure, car il rencontre derrière elle la branche droite de l'artère pulmonaire ; la veine pulmonaire supérieure est toujours située, au contraire de l'inférieure, sur la face antérieure de l'artère, c'est une disposition caractéristique des veines du système bronchique épiartériel (Aeby).

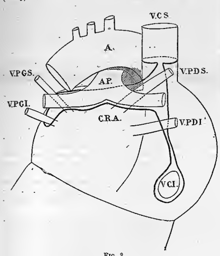


Fig. 3.
Ligne de réflexion du péricarde à la base du cœur (face post.).
C. R. A. Cul-de-sac rétroauriculaire.

Le péricarde ne pourra donc recouvrir de la veine pulmonaire droite supérieure que son segment terminal qui dépasse le bord inférieur de l'artère pulmonaire. La séreuse suit alors le bord inférieur de l'artère pulmonaire, et là il s'adosse au feuillet qui tapisse la face postérieure du sinus transverse, les deux feuillets se touchent là, séparés seulement par la veine de Marshall et si, détruisant avec le scalpel le péricarde fibreux qui se jette sur les vaisseaux, vous écartez les deux feuillets séreux, vous mettez à nu le bord supérieur des oreillettes et vous constatez que c'est le seul point du muscle cardiaque qui soit, sans interposition de vaisseau, dépourvu de péricarde.

Suivez la séreuse à gauche : elle longe le bord inférieur de la branche gauche de la pulmonaire et vous constatez à ce niveau, en faisant remonter votre doigt derrière l'oreillette gauche, un grand cul-de-sac péricardique rétroauriculaire qui remonte jusqu'à son bord supérieur, limité sur les côtés par le péricarde obligé de redescendre pour embrasser les veines pulmonaires.

Du bord inférieur de l'artère pulmonaire gauche, le péricarde redescend brusquement sur les veines pulmonaires gauches, forme entre elles un petit cul-de-sac et se confond sur le bord inférieur de la veine inférieure avec le péricarde qui tapisse l'entrée gauche du sinus transverse.

De cette description il ressort que, en pénétrant dans le sinus transverse, le doigt fait le tour du bulbe artériel, de l'aorte et de la pulmonaire, il est recouvert de tous côtés par le péricarde, il embrasse le « hile artériel du péricarde ». Mais de même il existe un « hile veineux » beaucoup plus large, et le péricarde viscéral, au lieu de s'étaler en collerette comme autour du hile artériel, décrit un trajet de réflexion bien plus compliqué.

Mettez un pouce dans chaque entrée du sinus transverse, de façon que la veine cave inférieure et la veine pulmonaire gauche inférieure correspondent respectivement au premier espace interdigital de chacune de vos mains, vos index suivant la ligne de réflexion du péricarde à la base du cœur se rencontrent au sommet du cul-de-sac rétroauriculaire; vous tenez dans vos doigts le hile veineux du péricarde.

Ce trajet si compliqué en apparence s'explique facilement et devient des plus compréhensibles en étudiant l'embryologie du cœur ; il suffit de savoir que le péricarde viscéral est une dépendance du muscle cardiaque, que le pariétal, au contraire, est de tout autre provenance (replis pleuro-péricardiques de Schmidt), que le péricarde viscéral a pour limites celles du muscle cardiaque, c'est-à-dire la base de tous les vaisseaux, et que la réunion des deux feuillets, pour constituer le sac péricardique, est tardive lorsque le tube cardiaque a atteint sa forme définitive.

Pierre Duval.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Le mariage des syphilitiques.

A quel moment peut-on permettre aux syphilitiques de se marier? Telle est la question que pose **M. Lesser** (*Therapeut. Monatschrift*, août 1896).

Il y a deux points à envisager dans cette question : 1° la possibilité d'accidents tertiaires; 2° la transmission de la syphilis à la femme et aux enfants.

L'importance du premier point réside dans ce fait que, par suite de certaines localisations des accidents tertiaires, le syphilitique marié peut laisser sa famille sans ressources et devenir même une charge pour elle. Cependant, chez les syphilitiques correctement soignés, les accidents tertiaires sont rares. Puis, la menace d'accidents tertiaires qui reste suspendue sur la tête du syphilitique est, en somme, du même ordre de faits que l'hérédité tuberculeuse ou cancéreuse. Chez un syphilitique bien soigné, on doit donc conclure que la possibilité des accidents tertiaires ne doit pas faire interdire le mariage.

Le second point, la possibilité de l'infection du conjoint et de la transmission de la syphilis à l'enfant doit être envisagée séparément chez l'homme et chez la femme ; l'homme et la femme se comportent différemment dans la transmission de la syphilis à l'enfant. Chez la femme, chez laquelle les ovules sont complètement formés à la période de puberté, une infection syphilitique atteint tous les ovules, de sorte que si la femme syphilitique devient enceinte, même longtemps, dix à quinze ans après l'infection, la fécondation de l'ovule anciennement affecté peut donner lieu à un fœtus, à un enfant syphilitique.

atteints par le virus; mais, si le syphilitique féconde une femme dix ans plus tard, il est certain que les spermatozoïdes qu'il a en ce moment ne sont pas les mêmes que ceux qui ont été infectés dix ans auparavant. Le mariage doit donc être permis moins facilement à la femme qu'à l'homme.

L'homme conserve la possibilité de la transmission héréditaire de la syphilis avec l'infectiosité de sa syphilis. Tout chez l'homme se ramène donc à savoir pendant combien de temps la syphilis a été chez lui contagieuse. Actuellement on ne possède pas de signes certains qui permettent d'affirmer que, chez tel syphilitique, la syphilis n'est plus contagieuse. On suppose, seulement, que les accidents secondaires de la syphilis sont infectieux, mais que les accidents tertiaires ne le sont plus. On suppose, de même, d'après les faits cliniques, que, chez le syphilitique bien soigné, la syphilis perd son caractère contagieux au bout de trois ans. Cependant, étant donné que les exceptions à cette règle sont nombreuses, il vaut mieux ne permettre le mariage aux hommes syphilitiques qu'au bout de cinq ou six ans. Si, toutefois, le syphilitique présentait des accidents secondaires au cours de la troisième ou de la quatrième année de la syphilis, le mariage serait encore davantage retardé.

Au résumé, on ne doit permettre le mariage qu'aux individus syphilitiques pouvant certifier qu'ils n'ont pas présenté d'accidents secondaires depuis un ou deux ans; mais si ces accidents sont des accidents tertiaires, il n'y a pas lieu de tenir compte de ce laps de temps puisque la nature de ces accidents prouve que la syphilis de ces individus a perdu son caractère infectieux.

De la perméabilité de la paroi intestinale vis-à-vis des bactéries.

M. Neisser (*Zeitsch. f. Hyg. u. Infectionskr.*, XXII, I). — Le canal intestinal, qui renferme une multitude de germes pathogènes, a été considéré par la plupart des auteurs comme la porte d'entrée de nombreuses infections. On sait, par exemple, que la tuberculose peut être d'emblée une maladie intestinale et que la généralisation peut se faire (Ponfick) par l'intermédiaire du canal thoracique; de même la fièvre typhoïde prend son origine dans l'intestin, et c'est de là que partent les germes pathogènes pour envahir l'organisme.

M. Neisser a voulu serrer la question de plus près et se rendre compte si la paroi intestinale, plus que la peau, organe protecteur par excellence, se laisse traverser, à l'état normal, par les microorganismes.

Les expériences de Nocard, de Porcher et Desoubry ont montré qu'au cours de la digestion on trouvait de nombreuses bactéries dans le chyle, mais que ces bactéries étaient rapidement détruites, puisque le sang (Fodor) n'en contenait pas. M. Neisser a repris ces expériences: chez trois chiens nourris abondamment et aux aliments desquels il avait mélangé de grandes quantités de cultures de divers microbes (staphylococcus pyogenes aureus, bacillus prodigiosus, etc.), il examina la teneur du chyle en bactéries au moyen de cultures sur plaques de gélatine, sur agar, sur bouillon, etc.; chez aucun de ces animaux, il ne constata l'existence de microorganismes dans le chyle; les mêmes résultats furent obtenus chez trois chiens qui se trouvaient à jeun depuis plusieurs jours.

Pour éviter toute cause d'erreur, l'auteur chercha à reconnaître si le chyle n'était pas bactéricide; or, les mêmes microorganismes dont il s'était servi dans ses expériences, cultivés directement dans le chyle ou sur un milieu mélangé avec de la lymphe, se développèrent normalement. Il en conclut que la *lymphe est stérile* et qu'elle l'est parce qu'aucun microorganisme ne pénètre jusqu'à elle.

L'hypothèse qu'on aurait pu faire, à savoir que les microorganismes contenus dans l'intestin étaient, avant de pénétrer dans le canal thoracique, retenus dans les ganglions mésentériques, ne se trouvait pas davantage justifiée: en effet, dans plus de quarante cas, M. Neisser a examiné, avec toutes les précautions aseptiques nécessaires, le contenu de ganglions mésentériques provenant de veaux ou de moutons qui venaient d'être abattus, et il n'y a jamais constaté la présence de microorganismes. Enfin, après avoir ouvert aseptiquement la cavité abdominale de lapins et de cobayes et ensemencé des parcelles de mésentère et de vaisseaux lymphatiques, l'auteur n'a jamais vu se développer aucune colonie suspecte.

Que les microorganismes passent directement de l'intestin dans le sang plutôt que dans la lymphe, c'est là une hypothèse qui n'est pas plus soutenable que la précédente: si l'on a soin — mais la technique est délicate — de faire, comme M. Neisser, l'autopsie parfaitement aseptique des animaux sacrifiés, on ne trouve jamais de bactéries dans le sang ni dans aucun organe.

La première conclusion à formuler, c'est que, dans les conditions normales, aucun microbe ne pénètre de l'intestin dans le sang ou la lymphe.

En est-il de même s'il s'agit de bactéries, non plus simplement saprophytiques, mais pathogènes, lorsque l'intestin est sain ou qu'il est lésé? Pour résoudre cette question, l'auteur a fait ingérer à divers animaux (souris, lapins, cobayes) des cultures diverses (streptocoques, bacille typhique, pyocyanique, staphylocoque, bacille peptonisant le lait) en les mélangeant avec les aliments simples ou additionnés de sucre très finement pilé. Il a encore cherché à produire des lésions intestinales au moyen de toxiques divers, tels que l'huile de croton, le fluorure de sodium, etc., soit en les faisant ingérer, soit les injectant dans les veines. Les animaux furent sacrifiés au bout de quelques jours et leurs viscères, surtout les ganglions lymphatiques abdominaux, furent examinés: dans presque tous les cas ils étaient stériles, et lorsque l'on constatait la présence de microorganismes, on pouvait incriminer une faute de technique, car, le plus souvent, il s'agissait de microorganismes d'espèces toutes différentes et souvent non pathogènes.

Faut-il conclure de ces recherches, dit M. Neisser, que l'intestin ne constitue pas une porte d'entrée pour les infections microbiennes? Ce serait aller trop loin, car il existe incontestablement, ainsi que le montrent les recherches de Kaensche, des infections dont le point de départ est intestinal et qui se généralisent dans tout l'organisme. Mais les expériences de l'auteur semblent démontrer que les bactéries pathogènes peuvent séjourner dans l'intestin pendant bien longtemps sans donner lieu à des symptômes d'infection et que, d'autre part, des lésions intestinales ne sont pas toujours suffisantes pour laisser passer à travers la paroi des bactéries soit saprophytiques, soit pathogènes. En un mot, l'intestin, d'après M. Neisser, constituerait une barrière beaucoup plus importante qu'on ne l'admet généralement, barrière qui, vis-à-vis des infections, serait aussi résistante que la peau ou n'importe quelle muqueuse. — W.-O.

(*Semaine Médicale.*)

Sur le cancer colloïde du sein.

M. F. Lange (*Beitræge z. klin. Chir.*, XVI, 1). — Si la plupart des chirurgiens admettent que le cancer colloïde du sein se développe moins vite et forme plus lentement des récidives et des métastases que les autres formes de carcinome de cet organe, quelques auteurs, parmi lesquels Desprès et B. Schmidt, pensent au contraire que le cancer colloïde de la mamelle présente une malignité toute particulière. M. Lange s'est proposé d'élucider cette question en se basant sur 75 cas, en partie inédits, dont 5 se rapportent à des observations prises à la clinique chirurgicale de M. Madelung, à Strasbourg. Il fait en même temps une étude histologique de la substance colloïde. Ces recherches l'ont amené à des résultats intéressants, que nous résumerons brièvement.

Pour l'homme, il en est tout autrement. Au moment de l'infection syphilitique, tous les spermatozoïdes sont probablement

Au point de vue histologique, l'auteur trouve une différence essentielle entre le cancer colloïde du tube digestif et du vagin, d'une part, et celui du sein, d'autre part. Si, dans le premier cas, la dégénérescence colloïde commence par les cellules cancéreuses mêmes, en envahissant le protoplasma d'une manière diffuse, ce processus pathologique frappe tout d'abord, dans le cancer colloïde du sein, le tissu conjonctif distribué entre les cellules carcinomateuses. Cette dégénérescence colloïde du stroma est accompagnée ou suivie, soit d'une atrophie, soit d'une dégénérescence graisseuse, soit encore d'une infiltration calcaire des cellules cancéreuses.

Quant à la marche clinique de l'affection, le cancer colloïde de la mamelle est caractérisé, d'après M. Lange, par une évolution excessivement lente. Il se soude aux tissus avoisinants, s'ulcère moins vite que le carcinome ordinaire et produit l'infiltration cancéreuse des ganglions de l'aisselle beaucoup plus tardivement. Les récidives, généralement observées, dans les cas de cancer vulgaire, au cours des trois premières années qui suivent l'opération, ont été constatées bien plus tard encore dans les cas de cancer colloïde: c'est ainsi que le tiers au moins des récidives a été noté de trois à dix ans après l'intervention chirurgicale. Enfin, la durée totale de la maladie représente en moyenne le double de celle du cancer ordinaire. — F. de Q.

(*Semaine Médicale.*)

ITALIE

Quelques particularités de structure de l'écorce cérébrale des mammifères.

M. Veratti a fait des recherches sur ce sujet. Ces recherches, communiquées à la Société médico-chirurgicale de Paris, présentent un intérêt tout particulier au point de vue de l'interprétation des rapports des éléments nerveux entre eux. Les conclusions auxquelles il arrive sont les suivantes :

1° Les cellules de Ramon y Cajal, chez le lapin nouveau-né, possèdent des ramifications représentées par de multiples filaments qui ne sont pas différenciés, morphologiquement parlant, avec le développement ultérieur ; un seul filament, constant par son origine, sa forme et sa position, prend les caractères d'un prolongement nerveux, tandis que toutes les autres ramifications prennent, petit à petit, le caractère très net de prolongements protoplasmiques. Chez certains animaux (les porcs), la différenciation entre le prolongement nerveux et tous les autres prolongements est déjà complète pendant la vie intra-utérine ;

2° Les prolongements pseudo-nerveux de Cajal doivent être considérés comme une modalité particulière, probablement comme une forme embryonnaire transitoire des prolongements protoplasmiques.

L'hypothèse de Cajal, que les cellules fusiformes de la couche moléculaire sont des éléments d'association entre les éléments des couches sous-jacentes de l'écorce, n'est pas contredite par les recherches de l'auteur ; celui-ci n'a observé qu'une seule forme de névrite où il y avait une constante tendance à la bifurcation des fibres ; chaque fibre en forme une ou deux qui se dirigent en sens opposé.

(*Presse Médicale.*)

Altérations des cellules nerveuses dans la congestion passive.

M. Daddi, d'après une communication faite à la même Société, a observé de notables altérations dans les cellules du cerveau et du cervelet, chez une femme atteinte d'insuffisance mitrale, qui avait souffert de congestions prolongées et était morte à la période d'asystolie.

Ces altérations peuvent être résumées de la façon suivante : raréfaction du protoplasma cellulaire jusqu'à formation, dans certains éléments, de vacuoles disposées à la périphérie, de conformations particulières et siégeant, le plus souvent, dans les cellules de Purkinge, dans la partie de la cellule qui correspond à la naissance du prolongement nerveux ; déformation cellulaire qui fait qu'un certain nombre de cellules de Purkinge prennent un caractère polygonal. Ces altérations sont très évidentes dans les cellules cérébrales ; elles le sont moins dans les cellules cérébelleuses. Le noyau est bien conservé dans toutes les cellules et se colore avec l'intensité ordinaire. Après avoir énuméré les opinions, très différentes, des auteurs, sur les altérations des cellules nerveuses, Daddi conclut en disant que, dans le cas qu'il a observé, il considère les altérations comme pathologiques et les fait dépendre de la stase. Il se base pour affirmer cela sur les considérations suivantes : ces altérations ont été constantes, quel que fut le mode de fixation ; l'autopsie a été faite douze jours seulement après la mort, par un temps très froid ; on n'a pas fait de constatations semblables dans la substance nerveuse d'autres individus, traités de la même façon que celle de la femme dont il s'agit dans l'observation rapportée ; les altérations observées par Daddi ne ressemblent pas à celles qu'ont décrites les auteurs qui se sont occupés des altérations cadavériques et artificielles de la cellule nerveuse ; enfin, l'examen microscopique fait exclure toutes les affections du système nerveux qu'on note habituellement.

(*Presse Médicale.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 1er au 5 septembre 1896.

Modes de fermeture de l'abdomen dans la laparotomie.

M. Granville Bantock (de Londres) lit un rapport sur ce sujet, dans lequel il montre que pour assurer la réunion immédiate d'une plaie, il est nécessaire de juxtaposer exactement les surfaces cruentées, d'éviter toute pénétration de corps étrangers entre les lèvres de la perte de substance, de ne pas trop serrer les sutures, et enfin, chose qui actuellement est admise par la majorité des chirurgiens, de se passer de pansements dits antiseptiques qui ne favorisent en rien le processus de cicatrisation.

Au sujet des opérations sur l'abdomen, l'expérience démontre qu'il valait mieux inciser sur la ligne blanche, et faire une incision aussi petite que possible. Il faut, chez les sujets jeunes et sains, faire une simple suture entrecoupée, embrassant toute la paroi abdominale à la surface cutanée, les points de suture seront appliqués à une distance d'environ un centimètre des bords de la plaie, mais au niveau du péritoine ils ne comprendront qu'un liséré étroit de la séreuse.

Si le patient est maigre et ses parois abdominals minces, il faut faire une suture à deux ou trois étages. M. Granville Bantock ferme d'abord la cavité péritonéale au moyen d'une suture en surjet au catgut, puis le reste de la plaie est réuni par des points de suture comprenant la peau de l'aponévrose et le muscle. Très rarement il établit un plan de suture spécial pour l'aponévrose et le muscle.

Si les parois abdominales contiennent une quantité insolite de graisse, M. Granville Bantock suture d'abord le péritoine, puis il réunit au moyen d'une seconde ligne de sutures tous les tissus situés entre le péritoine et la peau. Il se sert uniquement de crins de Florence pour toutes les sutures cutanées et musculo-aponévrotiques, même pour les sutures perdues.

M. La Torre (de Rome) lit un rapport dont voici la teneur :

La fermeture de l'abdomen est une question si intéressante qu'elle mérite de fixer particulièrement l'attention des chirurgiens.

Les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la définition des hernies post-opératoires. On doit entendre par hernie post-opératoire la sortie des viscères à travers une solution de continuité des plans de la paroi abdominale. Le plan qui se trouve le plus ordinairement ouvert est le plan musculo-aponévrotique.

Les hernies post-opératoires étaient très fréquentes autrefois, lorsque, fermant l'abdomen, on pratiquait la suture en masse des tissus. Elles le sont moins aujourd'hui depuis que l'on suture l'abdomen avec les modifications recommandées par Durante.

Les causes des éventrations peuvent être groupées sous trois chefs : 1° le défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique; 2° les circonstances qui déterminent la réunion par première intention de ce plan; 3° les circonstances qui déchirent la cicatrice.

Une bonne fermeture de l'abdomen résulte de trois facteurs principaux : l'incision, les fils employés et le mode de suture.

Les éléments les plus importants sont l'incision et la suture du plan musculo-aponévrotique, c'est-à-dire l'endroit ou l'on doit inciser et comment l'on doit suturer les tissus.

La suture faite avec les tissus aponévrotiques de la ligne blanche est souvent la cause des hernies, il n'en est pas de même de celle que l'on pratique en plein muscle.

La cause des hernies étant l'ouverture du plan musculo-aponévrotique, il faut donc faire porter l'incision sur la ligne blanche et, avant de la suturer, enlever les tissus aponévrotiques de la ligne blanche jusqu'aux bords internes des muscles droits, puis suturer en réunissant les gaines et la substance musculaire.

M. Laroyenne (de Lyon) déclare que, prenant pour principe cette remarque de Glénard, que les éventrations consécutives à une ou plusieurs grossesses tiennent principalement à l'affaiblissement de la partie sus-pubienne de la ligne blanche, il a cru devoir, au cours des laparotomies, arrêter son incision, quand cela était possible, à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis.

M. Doléris (de Paris). — Je suis d'accord avec M. La Torre et M. Granville-Bantock quant à leurs conclusions. Je veux parler seulement de quelques expériences entreprises sur le choix de la ligne d'incision et sur les résultats donnés par des expériences faites sur les chiens.

Déjà MM. Cazin et Isaac avaient, en 1894 et 1895, tenté des expériences analogues.

J'ai pratiqué une dizaine de fois la section abdominale, en plein muscle droit, soit à côté de la ligne blanche, et j'ai réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il s'agissait toujours d'incisions courtes : le résultat a été excellent. Je n'osais pas espérer d'aussi bons résultats avec les grandes incisions et sur des parois distendues par des grossesses répétées ou une tumeur volumineuse.

Il y a intérêt, au contraire, dans ce cas, à réséquer autant que possible la ligne médiane, qui est très élargie. C'est ce que je fais habituellement, mais je n'ai jamais, de propos délibéré, pratiqué la résection totale des bandes fibreuses, conseillée par M. La Torre.

On doit se demander ce que sera, après une telle perte de substance suivie du rapprochement, par suture, des muscles droits, la cicatrice segmentaire. Il y aura une telle exubérance de peau qu'un bourrelet déformant s'y produira sans doute. En outre, si la section est restée sous-ombilicale, la continuité de la ligne blanche, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, sera faussée et interrompue par une résection de la lame fibreuse qui ne porterait que sous la région inférieure de la paroi.

Même remarque pour le cas où l'on serait tenté de supprimer une partie du tégument lui-même sur les lèvres de l'incision. On ne saurait s'appuyer sur ce qui se pratique en cas d'éventration réelle ou plutôt de hernie post-opératoire, car, dans un cas, on ne fait que réséquer la poche cutanée de la hernie, après quoi l'affrontement exact des téguments reste très aisé.

Ce sont là des objections *à priori*, mais qui m'ont toujours conduit à la résection partielle de la ligne médiane sans aller jusqu'à l'affrontement immédiat des muscles droits.

Quant à la suture musculaire elle-même, il ne faut pas se hâter de conclure d'après la section chez les animaux, dont la statique est, en effet, différente de la nôtre.

M. La Torre a sectionné et suturé sur la région sous-ombilicale. Or, cette région de la paroi ne supporte aucun effort : sa disposition « avalée » l'indique.

La région sus-ombilicale, au contraire, constitue la région déclive où aboutissent les efforts et les effets habituels de la pression abdominale.

C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits pour juger ensuite utilement des résultats obtenus, notamment de la résistance de la suture.

Les expériences de MM. Cazin et Isaac, et les coupes microscopiques de M. La Torre, prouvent que la réunion musculaire immédiate se fait dans des conditions parfaites.

M. Jayle (de Paris) donne, en quelques mots, la technique opératoire de son maître, M. Pozzi, dans la fermeture de la paroi abdominale.

Trois règles sont à poser : 1° pratiquer une incision aussi courte que possible ; 2° suturer les tissus divisés aussi exactement que l'on peut ; 3° pratiquer un large avivement des muscles droits de façon à les suturer l'un à l'autre en les confondant pour ainsi dire en un seul et même muscle.

L'incision peut être très courte, surtout si l'on a soin de pratiquer l'exploration du petit bassin, non avec l'œil, mais avec le doigt. En agissant ainsi, on arrive à donner à la très grande majorité des incisions guère plus de 5 à 7 centimètres.

La suture exacte des parois se fait grâce à la suture à trois plans, déjà recommandée par M. Pozzi, en 1887, à la Société de Chirurgie : surjet au catgut sur le péritoine, surjet au catgut sur les plans musculo-aponévrotiques, surjet de la peau ou suture intradermique, avec un ou deux points de renfort à la soie, comprenant toute l'épaisseur de la peau, le tissu cellulaire souscutané et l'aponévrose.

Enfin le large avivement des muscles droits est obtenu de la façon suivante : les gaines aponévrotiques ont été ouvertes dès le début de l'opération et les muscles avivés en quelque sorte ; la suture les adosse très facilement et les relie intimement tout en prenant par-dessus eux l'aponévrose.

La fusion musculaire est complète, comme l'ont montré quelques laparotomies secondaires, au cours desquelles il fallait passer à travers la paroi musculaire ainsi créée.

M. Byford (de Chicago) recommande de faire une incision de la paroi abdominale très nette, de contusionner le moins possible les tissus pendant le cours de l'opération et d'accoler enfin les tissus exactement plan par plan, pour obtenir des rapports analogues à ceux qu'ils présentent à l'état normal.

Voici comment M. Byford opère :

Un certain nombre de sutures sont placées, comprenant le tissu musculaire, les aponévroses et le péritoine, mais, avant de tirer ces fils, j'en place quelques autres à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale, à 1 centimètre de distance. Les sutures perdues ont été conservées pendant des années chez les opérées, sans donner naissance à aucun trouble. Il faut éviter soigneusement l'infection, car elle peut empêcher la réunion par première intention. Les quelques hernies que j'ai observées ne se sont produites qu'après de longues années et toujours dans un cas où j'avais pratiqué le drainage.

M. Rapin (de Genève) a vanté les avantage d'une incision,

« *incision esthétique* », qui a pour but de laisser sur le ventre des femmes opérées le moins de traces possible d'une opération.

Il fait une incision transversale, concave en haut, de 6 à 10 centimètres, jusqu'à l'aponévrose. Il dissèque l'aponévrose sur la ligne blanche et fixe le lambeau cutané supérieur avec une suture provisoire un peu au-dessous de l'ombilic. Puis, il fait sur la ligne médiane une incision verticale de 4 à 8 centimètres à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. La fermeture de la plaie est faite à trois places de façon à remettre en place les tissus. Il importe d'affronter exactement la peau si l'on veut avoir une cicatrice peu visible. Les fils doivent être enlevés de bonne heure, avant même, pour éviter qu'ils laissent des traces longtemps visibles sur la peau.

M. Rapin a opéré ainsi des femmes sur le ventre desquelles des chirurgiens expérimentés, ne voyant pas de cicatrices, ont même contesté qu'elles eussent été opérées.

M. Alban-Doran (de Londres) pense qu'il faut attendre plus de deux ans avant de pouvoir dire que la malade ne sera pas atteinte d'éventration.

Une des causes de la hernie résiderait dans ce fait que le chirurgien comprend souvent un prolongement de péritoine dans sa suture, ce qui constitue le point de départ d'un sac herniaire en même temps que ce fragment interposé empêche la réunion des tissus sous-jacents.

Quand l'éventration est chose faite et que l'on entreprend la cure radicale, c'est la suture à trois étages qu'il faut pratiquer. Il faut alors unir, au moyen d'un solide surjet de catgut, chaque couche prise à part. Quelles que soient la méthode ou l'habileté du chirurgien, l'éventration se produira quelquefois; le tympanisme est une des causes qui agiraient dans ce sens : aussi devrait-il être spécialement combattu. Il faut ajouter les imprudences de beaucoup de malades après leur opération et leur négligence à garder leur ceinture.

M. Condamin (de Lyon). — Dans les cas suivants :

a) Eventration post-opératoire volumineuse, traitée par l'éventrectomie;

b) Grosse hernie ombilicale, traitée par l'omphalectomie;

c) Laparotomie sus-ombilicale où l'écartement des bords de la plaie est toujours accentué;

d) Laparotomie pour péritonite avec distension des anses intestinales gênant la réunion;

e) Pertes de substance des parois abdominales;

M. Condamin propose de pratiquer la suture en **lacet de corset.**

Voici comment se pratique cette suture :

On fait passer une série de points en surjet de haut en bas, traversant toute la couche péritonéo-musculo-aponévrotique comme dans un surjet ordinaire, mais sans serrer les anses au fur et à mesure qu'elles sont passées. De cette façon, on peut faire toute la suture sans risquer d'intéresser l'intestin, ce qui n'arrive pas avec les autres sutures dans lesquelles on cherche la réunion après chaque point passé. Là, en effet, surtout vers l'extrémité inférieure, on voit les anses intestinales venir s'interposer entre les lèvres de la plaie et les derniers fils sont très difficiles à placer. Au contraire, avec la suture lâche en lacet de corset, tous les fils sont passés quand on resserre les anses successivement : on peut jusqu'à la fin interposer entre les anses intestinales et la suture une compresse de gaze pour protéger celles-ci. On ne l'enlèvera qu'à la fin de la striction des dernières anses du fil.

Le surjet lâche, quoique à points rapprochés, étant terminé, on commence de haut en bas à en serrer les anses successives; le rapprochement des bords de la section commence à s'effectuer et l'on renouvelle cette série de tractions avec un crochet mousse, de haut en bas par deux à trois fois, jusqu'à ce que l'adossement soit complet : on procède en somme comme ont l'habitude de le faire avec les lacets de leurs corsets les femmes un peu chargées d'embonpoint qui, néanmoins, veulent conserver les apparences d'une fine taille.

L'adossement de la masse totale musculo-aponévrotique étant obtenu, on complète la réunion en passant sur les bords de l'aponévrose un fin surjet au catgut, qui aura entre autres avantages celui de refouler les brides musculaires qui font saillie entre les bords aponévrotiques.

Traitement de l'éclampsie puerpérale.

M. Charpentier (de Paris). — J'admets, au point de vue de la théorie, que l'éclampsie est due à une toxémie compliquée d'insuffisance rénale.

Le traitement médical se réduit à deux indications capitales : empêcher la production des toxines et favoriser leur élimination.

Si nous ne pouvons pas, d'une façon absolue, empêcher la production des toxines, nous sommes tout au moins à même d'en diminuer la quantité par un agent thérapeutique merveilleux, le lait. Il n'est jamais trop tard pour soumettre les malades au régime lacté et cette action du lait est si bienfaisante et si efficace que chez un certain nombre de femmes en pleine période d'éclampsie, Tarnier, Maygrier, Bar, Porak, etc., ont vu les accès céder à l'injection directe de lait dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne. Le régime lacté doit être observé d'une façon exclusive et continue, non seulement jusqu'au début du travail, mais encore pendant ce travail et les huit ou dix premiers jours des couches. Il faut qu'il y ait disparition complète et persistante de l'albumine dans les urines pour que l'on soit autorisé à renoncer à l'usage du lait.

Comme complément du régime lacté, j'emploie les inhalations d'oxygène et l'antisepsie intestinale.

Pour favoriser l'élimination des toxines, la saignée, qui, depuis quelques années, redevient en faveur tant en France qu'à l'étranger, rend, dans bon nombre de cas, de notables services. L'eau salée en injections sous-cutanées, ainsi que l'ont employée Porak et Bernheim, peut produire également de bons effets. La quantité à injecter doit être d'au moins 400 à 500 grammes pour la première injection et peut aller jusqu'à 1,500 grammes dans les vingt-quatre heures. Cette injection peut être renouvelée sans danger pendant plusieurs jours.

La diaphorèse que l'on cherche à provoquer par les bains chauds, les bains de vapeur, me paraît bien difficile à obtenir chez les femmes atteintes d'éclampsie.

Comme médicaments à utiliser, je mentionnerai la pilocarpine et le veratrum viride : cette dernière substance est en ce moment le médicament de choix des accoucheurs américains.

J'arrive maintenant à la méthode anesthésique. Ici, il ne s'agit plus d'empêcher la production des toxines ou de favoriser leur élimination, mais bien de combattre directement leurs effets convulsivants en agissant sur le système nerveux,

Trois agents anesthésiques remplissent merveilleusement cette indication. Ce sont : l'éther, le chloroforme et le chloral.

Le traitement obstétrical de l'éclampsie est le point le plus délicat que j'aie à étudier devant vous. Je dis délicat, car je suis en opposition formelle avec les idées qui semblent prévaloir en ce moment à l'étranger. Heureusement pour moi, j'ai la certitude d'être d'accord avec la grande majorité des accoucheurs français et c'est pour ainsi dire en leur nom autant qu'au mien que je vais combattre une pratique que l'Ecole française considère comme dangereuse.

Cette pratique, c'est l'intervention obstétricale — pour ne pas dire chirurgicale — hâtive dans l'éclampsie. Mais il faut ici établir tout d'abord une grande division entre les faits et considérer :

a) Ceux où, la femme étant en pleine évolution d'accès éclamptiques, le travail s'est déclaré spontanément, et dans lesquels il ne s'agit que d'une intervention bénigne consistant à hâter simplement la terminaison de l'accouchement;

b) Ceux où, la femme étant en crise éclamptique, le travail ne se déclare pas, quels que soient le nombre et l'intensité des accès.

1° La femme est en pleine crise éclamptique et le travail s'est déclaré spontanément : Ici nous sommes tous d'accord et la règle de conduite est absolue :

Terminer l'accouchement le plus rapidement possible, par le forceps, la version et l'extraction, et cela aussi bien dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant, toutes les fois que l'on pourra le faire sans violence pour la parturiente, c'est-à-dire le col étant dilaté ou dilatable et la femme bien conformée;

2° La femme est en crise éclamptique et le travail ne se déclare pas : Dans ce cas il faudrait, selon moi, établir une subdivision suivant que les accès éclamptiques se sont déclarés alors que la femme est encore éloignée du terme de sa grossesse ou que cette grossesse est arrivée à son terme ou près de son terme. Je n'y insiste pas, car les partisans de l'intervention semblent attacher peu d'importance à cette question. Il leur suffit que la grossesse ait atteint le septième mois, c'est-à-dire que l'enfant soit né viable.

Quoi qu'il en soit, doit-on, dans le cas qui nous occupe, se borner au traitement médical ou avoir recours à la provocation de l'accouchement ?

Avant l'emploi du régime lacté, Tarnier s'était déjà posé cette question à propos de l'albuminurie.

Tous les accoucheurs, disait-il, étant d'accord pour reconnaître que l'accouchement est une circonstance favorable dans l'éclampsie, ne devrait-on pas, pour enrayer une albuminurie gravidique et prévenir des convulsions possibles, songer à l'accouchement prématuré ?

Comme conditions de cette intervention, Tarnier exigeait que la grossesse eût atteint le huitième mois, que l'albuminurie fût intense et qu'il y eût des symptômes précurseurs de l'éclampsie.

La femme devait être primipare, ou, dans le cas de multipare, avoir souffert d'éclampsie lors d'un accouchement antérieur; enfin il fallait que l'enfant fût vivant et que l'inefficacité du traitement médical eût été dûment constatée.

Mais dans ce cas, vous le voyez, il s'agissait de provoquer l'accouchement prématuré et non d'avoir recours à l'accouchement forcé.

Depuis l'emploi du régime lacté, Tarnier a complètement renoncé à cette idée, mais elle a continué à faire son chemin en Allemagne, et Mœricke considère ce mode de traitement comme le seul efficace; il a même été dépassé dans cette voie par Schrœder, qui allait jusqu'à conseiller la provocation de l'avortement.

De l'emploi de l'accouchement dans les cas d'albuminurie à la provocation de cet accouchement dans l'éclampsie, il n'y avait qu'un pas, et il fut bientôt franchi : mais on ne s'en tint pas là.

Sous l'influence des travaux allemands, les accoucheurs, sauf en France, sont allés beaucoup plus loin, et aujourd'hui le traitement à la mode contre l'éclampsie, ce n'est plus l'accouchement provoqué artificiellement, c'est l'accouchement forcé.

Le procédé seul varie, les uns ayant, avec Dührssen, recours à la méthode des incisions profondes du col, complétées au besoin par les incisions vulvaires et périnéales; les autres, Bossi en tête, recommandant la dilatation instrumentale; d'autres se bornant à la dilatation manuelle; les derniers, enfin, plus radicaux encore, allant jusqu'à conseiller l'opération césarienne.

M. Tarnier (de Paris). — La thérapeutique de l'éclampsie puerpérale doit être préventive et curative. Le lait constitue le traitement préventif le meilleur. Le traitement curatif, basé sur l'accroissement de la toxicité du sang que M. Tarnier a démontré chez les éclamptiques, avec M. Chambrelent, consiste en :

1° Une saignée large du bras;

2° Des purgatifs (huile de croton : une goutte dans une cuillerée d'huile de ricin);

3° Inhalation de chloroforme pendant les accès (cesser et remplacer par le chloral quand l'effet désiré est obtenu);

4° Régime lacté par la voie buccale ou rectale et, au besoin, par la sonde œsophagienne.

Ce traitement, institué par M. Tarnier il y a quatre ans, a donné les meilleurs résultats. La mortalité des éclamptiques du service de M. Tarnier, qui était auparavant de 38.8 0/0, est tombée à 9 0/0. Mais la mortalité fœtale n'est nullement atténuée.

Je suis convaincu, non seulement que la provocation de l'accouchement est inutile dans l'éclampsie, mais encore que vouloir aller plus loin et recourir à l'accouchement forcé, c'est s'exposer à de graves déboires; loin d'en faire le moyen de traitement par excellence de l'éclampsie, ce n'est que dans les cas extrêmement rares et absolument exceptionnels que l'on peut, à mon avis, être autorisé à recourir à cette opération qui, en principe, doit être rejetée de la pratique obstétricale.

En résumé, toute femme enceinte albuminaurique étant exposée à être prise d'éclampsie et le régime lacté donnant des résultats merveilleux contre l'albuminurie gravidique, on doit examiner avec le plus grand soin les urines des femmes enceintes, et, si l'on y constate la présence de l'albumine, quelque minime qu'en soit le taux, il faut instituer d'emblée le régime lacté absolu.

Dans les cas où il existe des œdèmes sans albuminurie, il y a encore avantage à prescrire le régime lacté. Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une éclamptique, il faut, dès le début, si la malade est forte, vigoureuse et très cyanosée, pratiquer une saignée de 300 à 500 grammes, puis administrer le chloral et faire prendre le lait par la voie stomacale et, au besoin, par la sonde œsophagienne.

Contre les accès convulsifs, on aura recours aux inhalations de chloroforme et l'on favorisera la diurèse au moyen d'injections de sérum artificiel.

J'attends que le travail se déclare spontanément et je laisse l'accouchement se terminer tout seul; je n'interviens que si c'est nécessaire, c'est-à-dire lorsque les contractions deviennent insuffisantes ou trop faibles; je termine alors l'accouchement par le forceps ou la version si l'enfant est vivant, par la basiotripsie si l'enfant est mort. Je rejette absolument la section césarienne et l'accouchement forcé, et je ne réserve l'accouchement provoqué que pour quelques cas exceptionnels.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Dans quelles conditions le délit d'exercice illégal de la médecine peut-il être commis avec escroquerie ?

Le nommé Giller, poursuivi par le Parquet devant le tribunal correctionnel de Marseille : 1° pour exercice illégal de la médecine avec usurpation de titre; et 2° pour escroquerie, a été condamné en raison du premier délit à trois mois d'emprisonnement et 500 fr. d'amende, et acquitté sur le second.

Appel a été interjeté tant par le prévenu que par le ministère public. La Cour d'Aix a rendu l'arrêt que nous reproduisons ci-dessous :

Sur l'exercice illégal de la médecine avec usurpation de titre de docteur :

Adoptant les motifs des premiers juges;

Sur la récidive :

Attendu que le prévenu a été condamné le 11 mars 1896 par le tribunal correctionnel de Marseille pour délit d'exercice illégal de la médecine; mais que ce jugement n'avait pas acquis l'autorité de la chose jugée au moment où se sont produits les faits relevés par la seconde poursuite; que, dès lors, Giller n'est pas en état de récidive légale;

Attendu que Giller, déclaré coupable du délit d'exercice illégal de l'art de guérir, même avec usurpation de titre, n'en a pas moins encouru les peines de l'escroquerie si, non content de donner illicitement des consultations, il a, en outre, dans ses rapports avec ses malades, usé de moyens frauduleux pour leur extorquer des fonds; que ces deux infractions reposant chacune sur des éléments qui leur sont propres, ne sont pas exclusives l'une de l'autre et peuvent donner lieu à des incriminations distinctes;

Sur l'escroquerie :

Attendu que le prévenu, qui est un repris de justice, ayant exercé antérieurement un petit commerce de grains et dépourvu d'instruction, a fondé à Marseille, sous le nom d' « Institut curatif », un établissement médical qu'il a achalandé à l'aide d'annonces insérées dans les journaux, ou distribuées à profusion, dans lesquelles il se vantait de guérir toutes les maladies, même celles reconnues incurables, par l'emploi des produits les plus divers extraits du pin et administrés sous forme de bonbons, sirops, perles, liqueurs, etc.

Qu'ayant ainsi attiré à lui un certain nombre de malades, il a capté leur confiance en se faisant donner par son entourage la qualité de médecin et en exhibant de nombreux certificats attestant les guérisons qu'il avait antérieurement obtenues, ou les récompenses qui lui avaient été accordées dans diverses expositions;

Qu'il a réussi par ces moyens à se faire remettre des sommes importantes par des personnes ignorantes et crédules dont les yeux ne se sont ouverts qu'après avoir constaté qu'elles n'avaient retiré aucun soulagement du traitement qui leur avait été prescrit, quand ce traitement n'avait pas aggravé leur état;

Attendu que ces faits présentent tous les caractères des manœuvres frauduleuses spécifiées par l'article 405 du Code pénal; que la procédure n'a pas vérifié l'origine des certificats produits par le prévenu, ce qui ne permet pas d'en affirmer la fausseté; mais qu'elle a fait connaître de quelle façon le prévenu avait dû se les procurer, en recueillant le témoignage du sieur Bonnaud qui a signé, sans avoir reçu aucuns soins du prévenu, une attestation de guérison;

Que les médailles dont Giller se targuait lui avaient été données par des expositions, entreprises privées sans autorité, et qu'il les produisait dans des conditions propres à les faire confondre avec des distinctions provenant de grands concours officiels de la France ou de l'étranger;

Que Giller présentait enfin à ses clients un imprimé intitulé « fiche de renseignements » qui leur promettait mensongèrement le concours d'un médecin aux ordonnances dont il devait exécuter les prescriptions;

Attendu qu'il résulte de l'instruction, que la plupart des témoins qui ont eu recours, sans en retirer aucun profit, à l'Institut curatif et qui ont versé entre les mains du prévenu à titre d'honoraires des sommes plus ou moins importantes ont été, quoi qu'en aient dit les premiers juges, déterminés à le faire sous l'influence directe ou indirecte des manœuvres ci-dessus indiquées ayant pour but d'attribuer au prévenu un pouvoir imaginaire et de faire naître chez ses dupes l'espérance chimérique d'une guérison; que Giller, de son côté, n'a été mû que par la pensée de s'enrichir à leurs dépens; que, dans ces circonstances, c'est à tort que le tribunal correctionnel de Marseille n'a pas retenu à sa charge le délit d'escroquerie;

Par ces motifs, statuant sur le double appel du prévenu et du ministère public;

Déclare Giller coupable d'exercice illégal de la médecine, mais non en état de récidive légale;

Le déclare en outre coupable d'escroquerie; en réparation le condamne à trois mois d'emprisonnement;

Dit n'y avoir lieu à maintenir l'amende prononcée par les premiers juges; le condamne aux dépens.

VARIÉTÉS

La manie des noms propres.

M. Trolard (d'Alger) protestait dernièrement, et d'une façon assez plaisante, contre l'emploi des noms propres dans le langage médical :

« Un jour, il n'y a pas bien longtemps de cela, me trouvant à la Faculté de... où avait lieu un concours, je rencontre un candidat qui venait de lire sa copie. Je lui demande s'il est content de son épreuve d'anatomie. « Énormément, me répondit-il, j'ai épaté les juges. J'ai cité au moins trente noms propres de plus que tous les concurrents qui ont lu avant moi. »

Cette réponse me paraît très bien caractériser les tendances actuelles ; l'idéal, pour un candidat, semble être maintenant d'ajouter à chaque nom d'organe une litanie de noms en *ann*, en *us*, en *of*, en *i*, en *ov*, etc., le moins possible de noms français, à moins, toutefois, qu'il ne s'agisse des membres du jury. Quant aux anatomistes, leur rêve ne sera réalisé que le jour où chaque follicule pileux sera inscrit au registre de l'état civil et où l'anus lui-même aura un nom propre.

Je me vois, dans une dizaine d'années d'ici, interrogeant un élève sur le biceps brachial: « Le muscle de Klefman, désigné par les anciens anatomistes sous le nom de biceps brachial, répondra-t-il avec un air dédaigneux (avec un air qui veut dire: Attrape ça, toi, vieux!), est situé dans l'espace de Cascov. A son extrémité polaire, il est muni de deux tendons d'insertion: l'un, le tendon de Fouillini, s'attache en haut de la cavité de Trombscok ; le second, le tendon de Mistalievichyt, au sommet de l'apophyse de Truckmann. A son extrémité sub-polaire, se trouve le tendon de Barackus qui va s'attacher à la tubérosité de Traupmann. Ce tendon est muni de l'expansion de Wolberg. Le muscle de Klefman est innervé par le nerf d'Apelli qui vient du tronc de Paugesmasco, etc., etc. »

On voit d'ici ma tête de vieux routinier s'obstinant à nier le progrès ! Et si je refuse le savant, qui m'a ainsi interloqué, parce qu'il n'a pas su me montrer sur les os les attaches du muscle en question, je suis immédiatement conspué. C'est uniquement le dépit d'une vieille baderne qui fait blackbouler le candidat « moderne ». Sous la pression du mépris public, le ministre me fend l'oreille et me remplace par un jeune qui, lui, est modernisé.

Mais j'entends de très honorables collègues qui m'appellent blasphémateur, iconoclaste, etc., etc. « Ne savez-vous pas, messieurs, que c'est notre manière à nous d'honorer les maîtres qui nous ont précédés et se sont illustrés dans la carrière ? » Je ferai respectueusement remarquer à ceux qui m'apostrophent ainsi que, puisqu'il s'agit d'hommages rendus aux auteurs et de transmettre leurs noms à la postérité, on devrait bien répartir lesdits hommages d'une façon un peu plus équitable. Ainsi des anatomistes comme Cruveilhier, Sappey, Richet n'auront pas l'honneur de laisser leur nom au moindre fifrelin (du moins, jusqu'à ce jour, je n'ai pas entendu dire qu'ils aient tenu le moindre canalicule de troisième ordre sur les fonts baptismaux). A Cloquet est échu un maigre petit septum, et Bichat, avec sa fente et sa boule, est bien terne à côté de Verbeyen qui brille de l'éclat de toutes les étoiles.

L'idée de perpétuer la mémoire des hommes illustres est très respectable, assurément; et si l'on s'en était tenu à ces illustres, il n'y aurait encore trop rien à dire. Mais, aujourd'hui, ceux-ci sont débordés, étouffés, pourrait-on dire, par la foule. Il y a encombrement, il y a abus, et tel petit professeur perdu au fond de la Barbarie, et qui a eu la veine d'en découvrir une (de veine), a l'honneur de siéger à côté de l'immortel Bichat. A en juger par la facilité avec laquelle on est sacré ou savant, ou éminent économiste (passe-moi la rhubarbe, je te passerai le séné), quatre volumes comme ceux du Littré ne suffiront pas, dans quelques

années, pour contenir tous les promus. Il en sera de cette manie comme de celle des statuts. Il y aura bientôt, pour rappeler les morts, tellement de statnts dans les rues, que les vivants ne pourront plus circuler sans se casser le nez sur celui d'un immortalisé par le hronze.

Qu'un professeur d'anatomie connaisse son histoire de l'anatomie, parbleu ! cela est nécessaire, indispensable. Et s'il fait un livre, son devoir est, lorsqu'il a terminé un chapitre, de faire un historique du point qu'il vient de traiter, sans ouhlier les noms des plus humbles travailleurs, pour qui une citation est la seule récompense à laquelle ils puissent prétendre. Le hut poursuivi, qui est de donner des notions d'histoire et de rendre justice à chacun, serait ainsi atteint.

Peu d'élèves liront cet historique. C'est probable. L'élève veut apprendre son anatomie, d'ahord parce qu'on l'a convaincu qu'il ne sera jamais qu'un piètre médecin s'il ne la connaît pas, ensuite pour suhir des examens. Et il a tant et tant de faits à se fixer dans l'esprit, qu'il négligera cette partie de l'ouvrage. Plus tard, quand il aura des loisirs ou qu'il se préparera à l'enseignement, il saura bien trouver cet appendice des ouvrages d'anatomie.

N'oublions pas, nous, professeurs, que nous avons à former des praticiens. Nous qui avons conscience de la somme de travail que doit dépenser un étudiant pour acquérir, dans le courant de ses études (surtout avec le régime actuel : deux semestres d'anatomie ! ! !), de précises notions d'anatomie, nous devons nous efforcer de lui rendre la tâche moins ardue et moins pénible. Cela n'empêchera pas les intelligences d'aller au delà, de mener de front même l'histoire et la science anatomiques. Mais, pour Dieu ! simplifions, simplifions le plus possible. L'étudiant ahorde toujours, ou presque toujours, l'anatomie avec une certaine appréhension. Ce n'est guère le moyen de lui en donner le goût que d'augmenter chaque jour les difficultés.

Ce sont non seulement des difficultés que l'on ajoute, puisqu'il s'agit d'un surcroît de travail pour la mémoire, mais encore ces innovations ont le grand tort d'empêcher les anatomistes de donner aux organes ou aux parties d'organes des dénominations qui indiqueraient soit leur forme, soit leur situation, soit leur usage. Ainsi, par exemple (il ne m'est pas permis de citer un autre exemple), à quoi riment la veine et le ligament de Trolard ? Où sont-ils situés ? A quoi servent-ils ? Ne vaudrait-il pas cent fois mieux dire : la veine anastomotique superficielle cérébrale et le ligament sacro-dural antérieur ? Ce serait plus long, c'est possible. Mais l'étudiant retiendrait cela du premier coup et mettrait de suite en place veine et ligament. »

(Journal médical de Bruxelles.)

Souvenirs de la campagne de 1870-71.

Par M. le docteur Weill, médecin principal de l'armée, en retraite, Officier de la Légion d'honneur.

Lors de la déclaration de la guerre contre l'Allemagne en juillet 1870, j'occupais les fonctions de médecin-major de 2e classe au 20e régiment d'artillerie à cheval, en garnison à Strashourg, ma ville natale.

En raison de notre proximité de la frontière, par un voyage en Allemagne en 1867, j'avais quelques données sur la puissante organisation de l'armée allemande. Et si, d'un côté, j'avais quelque appréhension sur le choc qui allait se produire, d'autre part connaissant la valeur de notre armée, ayant participé à ses victoires en Algérie, mon cœur de soldat français se refusait à l'idée de désastres comme ceux auxquels j'allais assister.

Quatre batteries de mon régiment sont désignées avec deux hatteries du 6e et deux du 9e, pour former, sous les ordres du colonel de Vassart, la réserve d'artillerie du 1er corps, commandé par le maréchal de Mac-Mahon.

Aucun médecin n'étant désigné pour accompagner cette réserve, j'écris immédiatement à un de mes camarades attaché au secrétariat du Conseil de santé à Paris, pour solliciter l'honneur d'accompagner mon régiment. Satisfaction me fut donnée.

Dès lors, je fais mes préparatifs de départ et, dès la fin de juillet, nous sommes campés au polygone de Strashourg avec les autres troupes du 1er corps qui arrivent successivement.

Dès le 26 juillet, la 1re division, sous les ordres du général Ducrot, est envoyée sur la Lauter, près de Fœschwiller ; les trois autres divisions prennent leurs positions successives.

Le 4 août, la réserve d'artillerie, toujours encore campée au polygone de Strashourg, reçoit subitement l'ordre dans la matinée de rejoindre le corps d'armée.

Je fais mes adieux à ma famille et quitte la ville à midi avec mon régiment. J'ai, comme matériel de santé, une paire de cantines d'amhulance qu'on met dans un fourgon et un artilleur me suit avec des sacoches d'ambulance attachées à la selle de son cheval. Nous nous dirigeons sur Brumath et Hagueneau. En route, nous entendons de lointains coups de canon et nous apprenons qu'ils proviennent de Wissembourg où une hataille est engagée.

Vers sept heures du soir, nous arrivons à Hagueneau, où on nous fait hivouaquer provisoirement en dehors de la ville. A dix heures, nous nous remettons en route sur le chemin de Reichshoffen et, avant d'arriver à ce hourg, nous obliquons à droite et nous nous engageons sur la route de Frœschwiller où nous arrivons vers cinq heures du matin. Nous sommes douloureusement impressionnés pendant notre marche par la nouvelle du désastre de Wissembourg, dont les détails nous arrivent peu à peu, au fur et à mesure que nous avançons.

Nous traversons le village de Frœschwiller et campons en dehors, à droite et à gauche de la route qui mène à Wœrth. Dans la journée, arrivent successivement les troupes battues à Wissembourg. Je serre la main à quelques vieux camarades du 3e hussards, qui me racontent les péripéties de la lutte de la veille.

La concentration du 1er corps s'opère sans encombre dans la journée du 5. La réserve d'artillerie forme son parc entre les deux brigades de la division Raoult, sur le plateau, entre Frœschwiller et Wœrth.

Au milieu de la journée, nos artilleurs, en tenue de corvée, mènent les chevaux à l'abreuvoir dans la rivière la Sauer, qui coule en has de la côte à Wœrth. A la vue d'un détachement de cavaliers ennemis, qui paraissent sur les hauteurs opposées, une panique se produit parmi nos hommes, panique qui est vite calmée, grâce à l'intervention énergique des officiers.

On se met en hatterie et on reste toute la nuit du 5 au 6 dans cette position de combat.

Le 6 août, vers six heures du matin, le canon retentit sur le front de la division Raoult. Le temps est superbe, le soleil se montre après deux jours de pluie et, d'un hout à l'autre des hivouacs, retentit l'appel aux armes.

Nous savons tous quelle fut cette hataille de Frœschwiller où 35,000 Français ont lutté héroïquement contre 140,000 Allemands soutenus par 200 houches à feu.

Nos batteries prennent la part la plus active à cette lutte et nombreux sont nos morts et nos hlessés. Je donne sur place mes soins à tous les hlessés qui m'arrivent et les évacue autant que faire se peut sur les ambulances étahlies à proximité, dans le village de Frœschwiller. Ce village devient hientôt le point de mire des généraux allemands. C'est Frœschwiller qu'il faut conquérir, Frœschwiller où affluent de tous côtés nos soldats écrasés par le nombre et qui va devenir le théâtre d'une des plus effroyahles luttes dont l'histoire fasse mention.

Mac-Mahon n'ayant plus un seul homme à engager pour protéger les débris de son infanterie entassés dans Frœschwiller, fait avancer les 48 pièces de réserve d'artillerie et les place, partie à l'est du village, partie au nord d'Elsasbausen.

Les quatre batteries du 20e d'artillerie placées à l'est, en avant de Frœschwiller, sont assaillies par l'ennemi. Notre brave colonel de Vassart est mortellement atteint, les morts et les blessés sont nombreux. A ce moment, nos cautines d'ambulance et nos sacoches sont vidées et je transporte, avec mou ordonnance et le porte-sacoche, un de mes artilleurs au rez-de-chaussée de la maison d'école de Frœschwiller, située sur la route, à environ cent mètres de l'endroit où je me trouvais tout d'abord. Là, je procède immédiatement au pansage de ce blessé et c'était urgent. Il avait été atteint entre les cuisses par l'éclatement d'un obus, qui, après avoir tué son lieutenant, M. Bourgeois, blessa cet artilleur du 20e, nommé Maniquet, de la façon la plus grave. Je réussis à arrêter l'hémorrhagie par la compression et à faire le pansement. D'autres blessés me sont successivement apportés, et pendant ce temps, les cinq corps d'armée du prince royal, marchant concentriquement sur nous, enserrent le village d'un cercle de fer et de feu et s'emparent de Frœschwiller.

C'est ainsi que je me trouve pris au milieu des lignes ennemies avec plusieurs de mes camarades des corps de troupe, MM. Mirassou, Grimaldi, médecins-majors de hataillons de chasseurs à pied, Lepage (1) aide-major au 2e zouaves, Dufour (2) aide-major et son médecin-major de 1re classe, Millot, du 2e tirailleurs algériens. Ce dernier est mortellement blessé au milieu de nous par un éclat d'obus.

A la maison d'école où je me trouve, est installée l'ambulance de la 1re division, ayant pour médecin en chef, M. Sarrazin (Charles), médecin-major de 2e classe (3).

Les gros projectiles arrivent coup sur coup sur ce hâtiment, dont le premier étage est déjà en partie démoli par les obus et dévoré par l'incendie que nous cherchons à combattre plusieurs fois avec l'aide de nos infirmiers.

Du reste, nous sommes environnés de flammes: 26 hâtiments flambent dans cette partie du village. A dix mètres de là, l'église contenant des blessés prend feu et c'est à grand'peine que nous en faisons sortir ces malheureux avant que l'édifice ne s'écroule.

Tout à côté, au château de M. Turkheim, une autre ambulance est installée avec des médecins d'ambulance et de corps de troupe. Les maisons et granges avoisinant la maison d'école sont remplies de blessés.

Il peut être cinq heures du soir au moment de l'entrée des Prussiens dans le village. Nous venions d'être littéralement inondés d'obus et de mitraille. C'est par un miracle qu'on ne peut s'expliquer, qu'aucun médecin ne fut tué là que le malheureux camarade Millot.

Je ne puis mieux faire pour décrire la situation du village de Frœschwiller en ce moment qu'en empruntant à un historien de la guerre de 1870, M. Alfred Duquet, les lignes suivantes:

« C'est ici, a écrit M. Alfred Duquet, c'est ici qu'il faudrait la » plume des grands historiens pour raconter dignement l'agonie » gigantesque des régiments qui ne fuient point. Oui, parmi ces » décombres fumants, derrière ces haies déchirées, ces murs » ébranlés, dans cette église crénelée, remplie tout à la fois de » blessés affolés et de combattants furieux, au milieu de Frœschwiller embrasé, s'agite encore, sublime de désespoir, une » phalange qui meurt et ne se rend pas. C'est rue à rue, maison » par maison, pied à pied, que les Français disputent le terrain, » et lorsque les Allemands ont achevé leur rude hesogne, ils » savent ce qu'il en coûte, combien il faut sacrifier de hataillons » pour coucher à jamais par terre les survivants de Malakoff et » de Magenta. »

(1) Aujourd'hui médecin principal revenant de la campagne de Madagascar.

(2) D'Hermonville, près de Reims, mort médecin principal à Dijon en 1894.

(3) Ancien professeur agrégé de la Faculté de Strasbourg, mort médecin principal à Versailles.

Les premiers fantassins prussiens entrés dans Frœschwiller tirent à coups de fusil sur l'ambulance. Une balle traverse le képi du comptable qui se trouve près d'une embrasure de fenêtre et va heureusement se loger dans le plafond.

Le vicaire de Reichshoffen et moi, qui parlons l'allemand, courons au devant des soldats prussiens, en leur criant qu'ils tirent sur des blessés.

Le feu cesse aussitôt, grâce surtout à l'intervention de M. de Frescow, lieutenant prussien, que je prie de donner une garde à l'amhulance. Il me demande pourquoi nous n'avons pas de brassards, question à laquelle il m'est difficile de répondre. Il nous engage pour notre sauvegarde à en fabriquer sur-le-champ; c'est ce que nous faisons avec des morceaux de linge et de drap rouge fixés au moyen d'épingles. Notre camarade Sarrazin n'a avec lui que deux jeunes aides-majors de 2e classe. Notre concours lui est donc des plus nécessaires; car il y a, en ce moment, à l'ambulance: 14 officiers et 496 hommes blessés à panser et à opérer.

Nous continuons la hesogne, qui n'a, du reste, pas été interrompue par l'arrivée des projectiles et des Prussiens.

Ce qui est affreux, surtout, c'est le manque d'eau. Les blessés crient la soif et nous avons à peine de quoi satisfaire les plus haletants. Une seule petite pompe, située devant le hâtiment que nous occnpons, donne encore un peu d'eau et les soldats prussiens altérés par le combat l'assaillent en un instant. Je prie le lieutenant prussien d'y faire placer une sentinelle; c'est ce qu'il accorde sur-le-champ.

Nos ressources de toutes sortes sont minimes. On fait les opérations et pansements urgents jusqu'à deux heures du matin, heure à laquelle, exténués, nous nous arrêtons; nous recommençons deux heures après. Pendant ce temps, on peut trouver des biscuits concassés et un peu d'eau qu'on donne aux blessés.

M. Sarrazin fait les opérations les plus graves avec ses aides-majors et nous, médecins de corps de troupe, pratiquons des amputations, procédons surtout aux nombreux pansements et petites opérations, extractions de projectiles, etc.

Le plus grand nombre de blessures sont produites par des éclats d'obus, 80 0/0 au moins; le reste par des balles, peu ou pas de blessures à l'arme blanche.

Beaucoup de fractures communitives, surtout aux membres inférieurs, nécessitent des amputations; de vastes déchirures des parties molles réclament des pansements longs et difficiles.

Nous manquons le premier jour presque de tout; mais dès le lendemain au soir et les jours suivants arrivent des membres de la Société française de Secours aux blessés avec des moyens de pansement et quelques vivres. Les voitures de paysans enlèvent successivement les blessés transportables. Quant aux secours que nos malheureux soldats recevaient des Prussiens, les voici:

Comme je parle couramment l'allemand, je fus constamment l'intermédiaire entre les deux parties.

Dès le lendemain de la hataille un Allemand, habillé en bourgeois, se présente à l'ambulance. Il est armé d'un brassard à croix-rouge et me demande quels sont nos besoins; je lui réponds que nous manquons de tout. M. l'intendant Rodet assiste à notre entretien, mon interlocuteur paraissant ignorer complètement le français.

Ce Prussien note avec soin les différents objets que nous demandons. Puis, toujours avec le même ton doucereux et compatissant, demande si nous avons des soldats légèrement blessés et en état de reprendre les armes au bout de peu de temps. Froissé par cette question de la part d'un soi-disant hienfaiteur de l'humanité, je lui demande quelle est sa qualité pour nous poser une pareille question. Voyant qu'il s'est fourvoyé, il s'éclipse et nous n'en entendons plus parler pas plus que de ses dons.

Dès le soir de la hataille et jusqu'au lendemain, les hrancardiers prussiens nous apportent des blessés français et allemands. Quelques-uns d'entre eux ont un pansement provisoire et por-

tent une étiquette suspendue à leur boutonnière, indiquant la nature, la gravité de la lésion et les soins donnés.

Le quatrième ou cinquième jour s'installe une ambulance militaire allemande dans le village. Nous leur passons leurs blessés qui jusque-là étaient mêlés aux nôtres.

Pendant ce temps, nous avions évacué sur les villages environnants, et surtout sur les ambulances d'Haguenau, la plupart de nos hommes.

Le 12 août, nous partons nous-mêmes avec nos blessés transportables dans cette dernière ville.

Nous avions perdu pendant notre séjour à Frœschwiller 13 soldats sur 496 et 7 officiers sur 14.

Le séjour de Frœschwiller avait été très pénible pour nous. Dès le début, nous n'avions pas de vivres et à peine des moyens de pansement. Avec des ressources presque nulles, le grand nombre de nos blessés nous créait une situation des plus difficiles.

Si nous manquions à peu près de tout, c'est que l'ennemi s'était approprié une partie de notre matériel d'ambulance.

Les hommes étaient très mal installés sur de la paille, dans des maisons et dans des granges en partie incendiées ; et même les deux premiers jours, un grand nombre étaient couchés dehors sur des litières, devant la maison d'école et les bâtiments voisins.

Le passage de toute l'armée victorieuse sur la grande route du village et devant l'ambulance ne fut pas sans nous créer de nouvelles difficultés. La première nuit et le lendemain 7 août, les soldats ennemis réclament de nous des vivres, des liquides et assiègent constamment l'ambulance, malgré la sentinelle qui est à la porte.

Même des menaces de mort sont proférées à notre adresse, parce que leurs blessés, mêlés aux nôtres, réclament et se plaignent du manque d'aliments que nous ne pouvions, hélas, pas donner.

C'étaient de tristes journées. Cependant, il faut dire que le jour de la bataille, vers sept heures du soir, le prince royal, en défilant devant l'ambulance, fait taire les chanteurs et les fanfares qui le suivaient au moment où il passait devant nous. Mais les sons de triomphe, continuant un peu plus loin, nous arrivent pendant toute cette première nuit et s'entremêlent douloureusement aux plaintes des blessés et des mourants.

Donc, le vendredi 12 août, nous arrivons à Haguenau avec nos derniers blessés placés sur des voitures de paysans. Les ambulances et hôpitaux de cette ville regorgeaient de blessés.

M. le professeur Sédillot y est depuis quelques jours avec plusieurs agrégés de la Faculté de Médecine de Strasbourg, d'autres médecins et un certain nombre d'étudiants en médecine.

Les médecins militaires de notre corps d'armée arrivent aussi successivement à Haguenau; tous ceux des ambulances et un grand nombre des corps de troupe pris à Reichsboffen, Elsashausen et sur d'autres points de bataille.

Nous faisons immédiatement des démarches auprès de l'autorité allemande pour être rapatriés. Celle-ci y met beaucoup de lenteur et de mauvais vouloir et nous n'obtenons le droit de partir que le 17 août.

Pendant notre séjour à Haguenau, nous prêtons notre concours à nos confrères civils dans la limite de nos moyens.

Le 17 août, nous nous rendons à la gare d'Haguenau ou, après avoir examiné un à un nos brassards improvisés, on s'aperçoit qu'ils ne sont pas timbrés; on nous renvoie à la mairie où on les estampille.

Enfin, nous partons le soir. Nous passons à Wissembourg et traversons pendant la nuit la Bavière rhénane.

Nous formons un long convoi de médecins, d'intendants, de comptables des ambulances et d'infirmiers. Sur notre parcours à travers la Bavière, la population est assez bienveillante.

(*A suivre.*) (*Union médicale du Nord-Est.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par décret, le doyen de ladite Faculté est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées, le legs fait par M. E.-A. Rigout, consistant en la nue propriété de la somme nécessaire pour la constitution d'une rente annuelle de 900 ou 1,000 fr., si les ressources de la succession y suffisent, ce revenu devant, après le décès de l'usufruitière, recevoir l'affectation suivante : 1° 500 fr. pour la meilleur thèse de chimie biologique ou de chimie physiologique ou de bactériologie; 2° 300 fr. à la bibliothèque de la Faculté; 3° 100 ou 200 fr., suivant le cas, à servir annuellement à la Société d'enseignement (ligue Macé).

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine de Besançon.

M. le docteur Mandereau, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'anatomie.

M. le docteur Prieur, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1896-1897, d'un cours d'histologie.

Ecole de médecine de Poitiers.

M. Guitteau est chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie.

Ecole de médecine de Reims.

Un concours s'ouvrira, le 8 mars 1897, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Reims.

NOUVELLES

Dimanche dernier a eu lieu à Ploërmel, sous la présidence de M. le professeur Guyon et avec l'assistance de nombreuses notabilités médicales, tant de Paris que de la province, l'inauguration du monument élevé à la mémoire d'Alphonse Guérin, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, l'inventeur du pansement ouaté.

Assise sur le socle qui supporte le buste de notre regretté confrère, une Gloire inscrit sur ses tablettes :

PANSEMENT OUATÉ, 1870

Un bas-relief représente Alphonse Guérin appliquant son pansement dans une salle d'hôpital.

ACTES OFFICIELS

MM. les docteurs Détourbe (de Paris), Courtin et Moure (de Bordeaux) sont nommés officiers d'académie.

Le ministre de la guerre a adressé à M. le docteur d'Arras (médecin militaire) un témoignage de satisfaction pour sa conduite pendant l'épidémie qui a sévi sur le 70e régiment d'infanterie en 1896.

NOTES POUR L'INTERNAT

La suite de la **Physiologie de la déglutition** *paraîtra dans notre prochain numéro.*

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Les injections massives de solutions salines dans les hémorrhagies et les infections.

Par André Claisse, interne des hôpitaux de Paris.

L'idée d'introduire directement dans l'organisme des principes médicamenteux pour les faire agir sur lui d'une façon plus active remonte fort loin : nous savons que déjà au XVIIe siècle on a pratiqué dans cette intention des injections dans les veines. Mais ce n'est que dans la première moitié de notre siècle que l'on employa cette méthode pour faire pénétrer de grandes quantités de liquide; c'est à l'année 1830 qu'il faut faire remonter, paraît-il, les premières injections massives : elles furent pratiquées par Jœbrnichen (de Moscou) pendant la période algide du choléra, avec quelque succès; Magendie, Thomas Latta l'imitaient quelques années après. D'ailleurs, cette méthode de traitement trouvait peu d'imitateurs à chaque épidémie, comme l'atteste le mémoire de Dujardin-Beaumetz qui la prônait en 1873 (1); et ce fut presque une nouveauté, lorsqu'elle fut employée et préconisée dans de nombreux cas, lors de l'épidémie de 1884, grâce surtout aux efforts de Hayem (2).

La pratique chirurgicale employa d'abord les injections intra-veineuses dans le traitement de l'anémie aiguë des grandes hémorrhagies : Landerer (3), en 1881, Richardson (1), Hytler (2), en 1891, donnaient des observations très intéressantes; depuis cette époque la méthode est devenue d'emploi courant, indiscutable dans ses résultats merveilleux.

(1) *Union Médicale*, 21 octobre 1873.
(2) *Bulletin d'Académie de Médecine*, 18 novembre 1884.
(3) *Lancet*, juin 1892, art. de Spencer.

Les physiologistes avaient depuis longtemps démontré l'innocuité des grandes injections sous-cutanées ou intra-veineuses chez les animaux sains [de Cyon (3)], et la possibilité, grâce à elles, de remplacer jusqu'aux deux tiers de la masse totale du sang [Schwartz (4)]. Dastre et Loye fixèrent, en 1888 et 1889, d'une façon nette, les conditions du passage, à travers l'organisme, des liquides injectés et indiquèrent qu'il se faisait un véritable lavage du sang : d'où l'idée, paraissant très rationnelle, de l'employer dans les cas d'infection généralisée; les résultats obtenus par ces expérimentateurs chez les animaux infectés ou intoxiqués furent loin d'être favorables. Pourtant la thérapeutique s'empara de la méthode et, employée d'abord avec timidité, celle-ci voyait le cadre de ses applications s'élargir bientôt. Sahli (5), en 1890, faisait des injections massives dans l'anémie et les préconisait dans les différents cas que nous signalerons. Ce sont surtout les grandes infections chirurgicales qui ont attiré l'attention dans ces derniers mois ; l'impuissance des autres moyens, l'efficacité parfois extraordinaire de cette méthode lui donnèrent un grand essor; les communications se succédèrent : discussion à la Société de chirurgie (18 décembre 1895), publications de Lejars (6), de Jayle (7), de Pierre Delbet (8), de Duret (9), de Tuffier (10), discussion à l'Académie de médecine (30 juin 1896). Malgré les recherches expérimentales, nombreuses depuis quelques mois, une grande obscurité règne encore sur le mode d'action de ces injections : c'est encore une question neuve, et, croyons-nous, fort difficile à résoudre.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Ces injections à doses massives d'eau salée furent d'abord uniquement faites par la voie intra-veineuse; la nécessité d'une introduction très rapide, lorsqu'on est en présence

(1) *Lancet*, septembre 1891.
(2) *Lancet*, octobre 1891.
(3) *Bull. Acad. de Méd.*, 29 juillet 1884.
(4) Thèse d'agrégation de Halle, 1881.
(5) *Correspondenz-Blatt für Schweizer. Aerzte*, 1890, p. 545.
(6) *Presse Médicale*, 1er janvier et 23 mai 1896.
(7) *Presse Médicale*, 4 janvier 1896.
(8) *Presse Médicale*, 22 février 1896.
(9) *Semaine Gynécologique*, 28 avril et 5 mai 1896. *De l'hémato-catharsie.*
(10) *Société de Biologie*, 17 mai 1896.

de cas d'anémie aiguë ou même de choléra, formait une indication suffisante pour que l'on se servît des vaisseaux eux-mêmes comme lieu de pénétration de l'injection. Mais l'on sait avec quelle rapidité se fait l'absorption des liquides introduits dans le tissu cellulaire : aussi de nombreux cliniciens se sont servis de la méthode hypodermique (1): celle-ci présente l'avantage certain d'une simplicité plus grande, d'un manuel opératoire moins délicat.

I. *Injection intra-veineuse.* — Cette petite opération, presque aussi facile à exécuter qu'une saignée, se pratique naturellement, chez l'homme, au niveau d'une veine superficielle : on choisira soit une veine saphène, soit, plus souvent, une veine quelconque du pli du coude. Elle exige un certain nombre d'instruments : grand entonnoir ou récipient quelconque (2) muni à son extrémité inférieure d'un tube de caoutchouc de 1 m. 50 de long, auquel on adapte la canule du trocart moyen de l'appareil Potain; ciseaux, sonde cannelée, aiguille à suture, pince à disséquer, deux pinces hémostatiques, fil de soie, seringue de 1 centimètre cube : tous ces instruments ont été passés à l'autoclave à 115° ou bouillis dans une bassine pendant un quart d'heure.

La peau de la région est désinfectée soigneusement; on anesthésie la ligne d'incision par une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 0/0. On découvre la veine par une incision parallèle de 4 à 5 centimètres, on la charge sur la sonde cannelée : on peut immédiatement passer les deux fils qui serviront à lier les deux bouts et nouer le fil inférieur. On soulève alors et tend la veine avec la pince à disséquer et on incise la moitié de sa circonférence. Le bock étant rempli de la solution, on prend la canule, on fait couler le liquide pour s'assurer qu'il ne reste plus d'air dans le tube conducteur et, sans arrêter l'écoulement, on introduit l'instrument dans la plaie béante de la veine. On fait alors élever le récipient de façon à obtenir un écoulement lent et régulier : 40 à 60 centimètres d'élévation suffisent ordinairement; on met de la sorte une dizaine de minutes à introduire 1,200 grammes. Avant que le niveau du liquide ait atteint la partie inférieure du récipient, on arrête son écoulement en pinçant le tube; on retire la canule et noue le fil supérieur; deux points de suture sur la peau; pansement iodoformé. L'opération entière a duré environ 20 minutes; elle a été absolument indolore.

Assez souvent on doit renouveler l'injection une ou plusieurs fois: on peut, pour les autres opérations, se servir soit d'une autre veine, soit de la même, en agrandissant l'incision cutanée de 2 à 3 centimètres en haut et en introduisant la canule quelques centimètres au-dessus de la première ouverture.

II. *Injection dans le tissu cellulaire.* — Sa pratique est des plus simples; on se servira d'un des appareils signalés plus haut, en remplaçant la canule par une aiguille d'aspirateur Dieulafoy; on peut encore employer une seringue stérilisable de 20 centimètres cubes, ou l'appareil Potain à pompe foulante. La région est aseptisée. Après s'être assuré qu'on n'introduira pas d'air, on enfonce l'aiguille, de 6 à 8 centimètres, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans une région où celui-ci se laisse facilement distendre (épigastre et flancs, paroi thoracique latérale, régions lombaires ou scapulaires, cuisse): quelques auteurs enfoncent l'aiguille, profondément, dans les masses musculaires de la fesse.

On introduit alors le liquide, lentement : si on se sert d'un bock, on l'élève de 1 mètre environ; une poche de liquide se forme, étalée; la peau devient tendue; on active l'absorption en malaxant la région avec la main; on peut injecter, par une seule piqûre, 400 à 500 grammes en quelques minutes; on retire alors l'aiguille, on en ferme la petite plaie cutanée par une goutte de collodion. On fait en d'autres points le nombre de piqûres suffisant. L'absorption se fait assez rapidement; la distension du tissu cellulaire est peu douloureuse.

Nous essaierons d'établir quelles sont les indications de ces deux procédés, qui sont d'ailleurs assez souvent employés simultanément.

III. *Saignée-transfusion.* — Enfin, certains auteurs ont proposé, dans les infections, de faire précéder l'injection d'une saignée de 250 à 300 grammes. Barré (1) a obtenu de bons résultats, dans deux cas d'urémie et un cas de pneumonie, en injectant une quantité de liquide égale à celle du sang qu'il retirait simultanément. Il paraît, d'ailleurs, indiqué de pratiquer, après la saignée, une injection abondante : c'est la pratique qu'ont suivie Bosc (2), contre le choléra et la pneumonie, et Tuffier, contre le tétanos.

La solution. — On ne peut songer à disposer constamment de sérum humain frais en quantité suffisante; on ne peut employer les sérums d'animaux à cause de leurs propriétés toxiques; on doit donc recourir aux liquides préparés artificiellement (3). Leur première qualité doit être de n'altérer qu'au minimum les éléments histologiques du sang : l'eau distillée est rejetée pour cette raison. On peut se contenter d'une des solutions suivantes :

Eau distillée...........	1.000	grammes.
Chlorure de sodium.....	7	—

ou

Eau distillée...........	1.000	grammes.
Chlorure de sodium......	7	—
Sulfate de soude........	7	—

La solution doit être limpide, sans aucun corps étranger; elle sera stérilisée par un passage à l'autoclave à 120° ou une ébullition de vingt minutes.

Elle devra être injectée à la température du corps; comme elle perd quelques degrés pendant les manipulations, on la versera dans l'entonnoir à la température de 40° environ.

Vitesse de l'injection. — Il n'est plus ici question de la vitesse toxique fixée par Dastre et Loye chez le lapin et le chien : cette vitesse était établie pour des lavages de très longue durée, avec des quantités de liquide insuitées chez l'homme. Ici, une injection de 1,500 grammes, avec une

(1) Elle a paru avoir la préférence dans la dernière discussion de l'Académie de Médecine.

(2) On peut aussi se servir de la bouteille où la solution a été stérilisée, en y adaptant un vide-bouteille facile à établir.

(1) *Désintoxication du sang (Revue de Thérapeutique*, 1er juin 1896).

(2) *Presse Médicale*, 3 juin 1896.

(3) Il faut absolument renoncer au terme de *sérum artificiel*, l'eau salée ne pouvant être comparée au sérum sanguin.

durée de 10 minutes, ne détermine aucun symptôme d'intolérance; la vitesse de 2.5 à 3 (= 3 centimètres cubes par minute et kilo du sujet), *dans ces conditions*, n'est donc pas toxique.

Quantité. — Il ne semble pas utile d'injecter plus de 1,500 grammes en une séance: les phénomènes réactionnels, que nous étudierons bientôt, se manifestent avec cette dose. Mais on est parfois obligé de la renouveler plusieurs jours de suite. Lejars a injecté, avec succès, jusqu'à 7 litres en sept heures, et 26 litres en neuf jours. Nous ne croyons pas d'ailleurs que ces doses énormes soient souvent nécessaires : 4 litres en vingt-quatre heures nous paraissent, dans l'état de nos connaissances, la dose maxima à laquelle on doit s'arrêter ordinairement : c'est surtout dans les cas d'anémie aiguë grave que l'on est en droit de la dépasser parfois dans de larges mesures.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Les expérimentateurs se sont d'abord bornés à montrer l'innocuité de cette méthode chez les animaux. De Cyon, partisan des injections intra-veineuses dans le choléra, vit, en 1866, que l'introduction d'eau oxygénée dans le système circulatoire du chien est très bien supportée. Schwartz, en 1881, injecta sans accidents à des lapins une quantité d'eau salée égalant la moitié de la masse sanguine; il montra que la pression artérielle, abaissée par une perte de sang abondante, est ainsi rapidement relevée et qu'un lapin privé des deux tiers de son sang peut vivre si on les remplace par une quantité égale d'eau salée.

Les expériences de Dastre et Loye (1) établirent que les injections intra-veineuses peuvent atteindre des quantités beaucoup plus considérables : jusqu'à *sept* fois le volume du sang chez le lapin, et plus de *quatre* fois chez le chien, mais à une condition essentielle qui est de procéder avec une certaine lenteur : pour ces doses énormes on ne peut introduire, par minute et kilo, plus de 3 centimètres cubes chez le lapin, plus de 1 centimètre cube chez le chien. Il existe donc, plutôt qu'une dose toxique, une *vitesse toxique* : si on la dépasse, l'animal meurt avec abaissement de température, accélération de la respiration, affaiblissement du cœur.

Dans ces expériences, dès que la quantité de liquide injecté égale la masse du sang, une décharge se produit; des urines apparaissent, l'appareil régulateur commence à fonctionner : la courbe des urines émises est parallèle à celle de la solution introduite : d'ailleurs, les urines, d'abord normales, ne sont plus bientôt composées guère que d'eau salée; pendant tout ce temps, la pression artérielle n'est pas modifiée. Une partie du liquide reste dans l'organisme : elle séjourne dans le sang, mais surtout se dépose dans les tissus : elle repassera ensuite dans le sang et s'échappera par les émonctoires, augmentant encore, par conséquent, après l'injection, la quantité d'urine, de sueurs, de salive, de matières intestinales. Il se produit donc un véritable *lavage du sang* et de l'organisme tout entier. Les auteurs indiquaient déjà la possibilité d'enlever de la sorte des produits nuisibles répandus dans le corps et recommandaient le lavage du sang dans les infections. Pourtant, leurs résultats expérimentaux étaient tout

(1) *Archives de Physiologie*, 1888 et 1889.

à fait défavorables (1) : les animaux infectés ou intoxiqués gravement étaient tués plus vite si on les lavait : y avait-il diminution de résistance vitale ou diffusion plus rapide des matières nocives dans tous les départements de l'organisme?

Les expériences entreprises récemment n'ont pas été plus heureuses : Lejars (2), après un petit nombre de tentatives faites sur le chien infecté par voie péritonéale, n'obtient qu'un cas d'amélioration analogue à ceux constatés chez l'homme. De même, Delbet (3) a obtenu des résultats très inconstants chez des chiens intoxiqués par la strychnine ; un seul a été manifestement guéri par une hématocatharsie très précoce.

L'expérimentation a donné des renseignements beaucoup plus nets à la suite des grandes hémorrhagies. Nous avons déjà signalé les expériences très intéressantes de Schwartz. Delbet donne des conclusions analogues et constate que la pression sanguine, abaissée par une hémorrhagie abondante, peut être rapidement ramenée à l'état normal par l'injection intra-veineuse.

Non seulement l'injection de liquide semble remplacer suffisamment la quantité de sang disparue, lorsque celle-ci ne dépasse pas un chiffre trop élevé, mais elle a une action hémostatique certaine. Hayem, en 1882, fit cesser des épistaxis graves, subcontinues, par une transfusion de sang veineux de 120 grammes (4). Il pensait alors que « l'introduction du sang humain normal, c'est-à-dire contenant des hématoblastes actifs, remédierait à la diminution de coagulabilité du sang », la précipitation des hématoblastes étant le début de la formation des caillots. En réalité, l'action est tout autre ; Hayem vit, dans des expériences multiples et très rigoureuses, que l'injection intraveineuse favorise, par le liquide seul, la coagulation dans les milieux où le sang est stagnant (ligature des veines) ou dans ceux où elle est déjà aidée par la compression, l'action des corps étrangers... L'eau distillée ou salée agit d'une façon active. Nous reviendrons plus tard sur cette action de l'injection intra-veineuse sur les éléments mêmes du sang.

Vaquez (5) l'a étudiée sur le sang d'un chien sain : l'introduction de la solution chlorurée-sulfatée à 7 0/0 altère légèrement les globules rouges; leur contour devient un peu crénelé; leur diamètre moyen augmente (de 0 μ, 3); enfin, il n'y a pas de modifications dans les rapports numériques des diverses sortes de leucocytes et dans la réaction aux matières colorantes.

Au contraire, chez les sujets infectés, l'action (directe ou indirecte) sur les globules blancs est évidente : nous avons constaté (6) que la leucocytose, qui existe dans toute infection, subit une chute très rapide à la suite des injections massives : nous reviendrons sur ce fait que nous considérons comme très important.

Nous signalerons, enfin, la série d'expériences de Bosc et Vedel (7) qui ont montré que l'eau ordinaire n'avait pas

(1) *Société de Biologie*, 6 avril 1889.
(2) *Société de Biologie*, 9 mai 1896.
(3) *Société de Biologie*, 6 juin 1896.
(4) *Sang*, p. 444.
(5) *Société de Biologie*, 6 juin 1896.
(6) *Société de Biologie*, 18 juillet 1896.
(7) *Société de Biologie*, 18 juin, 4 et 27 juillet 1896.

d'action toxique et que sa quantité seule, à des doses très fortes, provoquait des accidents, à l'encontre de l'eau distillée, qui a un véritable pouvoir toxique (1), même à faible dose; ils ont indiqué que les solutions fortes (7 0/0) avaient une action trop énergique pour être employées à hautes doses; il ont pu obtenir, chez des chiens infectés, des résultats à peu près analogues à ceux que nous observons chez l'homme.

Résultats thérapeutiques

I. — 1° Les phénomènes observés, à la suite des injections massives, chez les sujets en état de shock ou d'anémie aiguë, avaient déjà frappé par la rapidité de leur apparition les premiers adeptes de la méthode : elles semblent véritablement ramener l'existence chez des malades exsangues, presque sans pouls et sans respiration, aux extrémités refroidies, pâles, privés de tout sentiment. L'amélioration se manifeste souvent dès les premiers cent grammes de l'injection : le pouls devient perceptible, la respiration se fait mieux.

L'opération continuant, la pression artérielle se rapproche de la normale, les battements du cœur se régularisent, les lèvres se colorent, les yeux reprennent de leur éclat; le sentiment reparait, les extrémités se réchauffent, parfois un léger frisson se manifeste. Souvent, lorsque l'introduction des 1,500 grammes à 2 litres de liquide est terminée, la vie est complètement revenue. Parfois ces phénomènes se passent plus lentement : ce n'est que peu à peu que l'amélioration se produit. Dans certains cas, elle n'a pas été durable, et le malade est retombé rapidement dans le collapsus : une deuxième injection peut le ranimer de nouveau, parfois définitivement.

2° Les résultats obtenus chez l'homme dans les cas d'infection méritent de nous arrêter davantage : leur étude nous semble encore plus intéressante, d'autant qu'ils semblent encore, pour beaucoup, mal connus ou mal interprétés. Pourtant une suite comparable de phénomènes se montre dans la plupart des cas, qu'il s'agisse, d'ailleurs, d'infections médicales (pneumonie, choléra), ou d'infections d'ordre chirurgical (infection puerpérale, post-opératoire, etc.) que nous avons ici particulièrement en vue. Observés par un nombre déjà grand de cliniciens, ils ont été bien résumés dans un article de Bosc (2), qui a fait ressortir les étapes par lesquelles ils passaient.

Prenons une infection grave quelconque, puerpérale par exemple : tous les appareils sont touchés et fonctionnent mal; la température est aux environs de 40°; nous injectons 1,300 à 1,400 grammes en dix minutes.

Dès que nous avons atteint la moitié de cette dose, une amélioration commence à se produire : le pouls devient plus régulier, plus ample, plus fort : la respiration se fait plus profondément, elle est moins précipitée : parfois la température descend de quelques dixièmes à la fin de l'injection. Un certain bien-être se manifeste alors ; l'intelligence est plus vive ; souvent une miction se produit, encore peu abondante.

Le plus souvent, le malade entre dans une nouvelle phase, dite de *réaction critique*, qui débute parfois de quatre ou cinq minutes, d'autres fois plus tard : vingt, trente, quarante minutes après l'injection. Un frisson violent apparaît, accompagné de sensation de froid intense, d'accélération du pouls qui conserve sa force, mais est souvent légèrement irrégulier. La température monte rapidement (nous insistons sur ce fait), elle passe parfois de 40° à 41° dans l'espace d'une heure. A ce stade de froid succède bientôt (après quarante-cinq à soixante minutes) un stade de chaleur : la température est la même ; la face devient rouge, les conjonctives sont injectées, la respiration est haletante ; le pouls, très énergique, reste accéléré; on a pu trouver de l'exagération des réflexes rotuliens. Les divers émonctoires commencent à fonctionner : les sueurs sont abondantes ; les urines apparaissent, mais leur quantité est encore très variable ; parfois de la diarrhée se manifeste.

C'est alors (environ au bout de trois heures) que l'amélioration véritable, que la *réaction post-critique* se produit: pouls, respiration, intelligence reprennent à peu près leur état normal. La température est très rapidement tombée: les cas sont maintenant nombreux où la courbe a parcouru 3 à 4 degrés en quelques heures: à 41° une heure après l'injection, elle est à 37° six heures après ; cette chute rapide, totale pourrions-nous dire, est un fait très fréquent, de la plus haute importance. L'amélioration ainsi obtenue peut être définitive; la température ne remonte plus, la malade est entrée brusquement en convalescence.

Dans les cas plus graves au contraire, l'amélioration n'est que passagère, l'état s'aggrave de nouveau au bout de trente-six, quarante-huit heures : une nouvelle injection procurera de nouveau une amélioration, parfois la guérison. Dans plusieurs cas, elle ne fut obtenue qu'après une véritable lutte, durant plusieurs jours.

Nous ne prétendons naturellement pas que ces résultats, si favorables, sont constants : ils ont toujours été observés dans des cas très graves, presque tous même désespérés; mais il est des infections tellement profondes que la mort n'a été que peu ou pas retardée.

Il est un point sur lequel nous voulons revenir, c'est la nature et la rapidité des excrétions. Presque toujours les urines sont abondantes : les premières mictions peuvent se manifester, assez rarement d'ailleurs, immédiatement après l'injection, et, dans les vingt-quatre heures, le malade rend 2 litres à 2 litres et demi d'urine ; cette polyurie se prolonge habituellement comme dans toute convalescence de maladie infectieuse avec les mêmes caractères. Elle n'apparaît pourtant parfois que deux ou trois jours après l'hématocatharsie. La diarrhée est assez fréquente, et semble même parfois remplacer la polyurie: les selles sont alors abondantes, liquides. Nous avons déjà signalé les sueurs profuses qui constituent un des premiers phénomènes.

Nous ajouterons enfin que les résultats obtenus par l'injection sous-cutanée, suffisamment abondante, sont en tous points comparables à ceux de l'injection intra-veineuse: pourtant la réaction critique est moins intense; l'amélioration survient un peu plus lentement.

II. — Les résultats obtenus dans la pratique sont dès maintenant trop nombreux pour que nous songions à en donner une indication précise dans cet article. C'est surtout dans le traitement de l'anémie aiguë qu'il serait fasti-

(1) Bouchard : *Archives de Physiologie*, de 1889.

(2) *Presse Médicale*, 17 juin 1896.

dieux d'énumérer tous les cas publiés et qui ne comporteraient aucun enseignement. Signalons simplement les observations assez récentes de shock opératoire, publiées par Lejars, Duret, Jayle, dans lesquelles les effets de l'injection intra-veineuse ou sous-cutanée furent très favorables.

L'application de la méthode dans les infections, quoique étant de date plus récente, a donné pourtant un nombre déjà assez considérable d'observations : ce serait nous répéter constamment que de vouloir les analyser toutes : les insuccès y sont beaucoup moins nombreux que les résultats satisfaisants ; mais il est absolument impossible d'en tirer une statistique quelconque. Aussi ne pouvons-nous guère, pour cette étude de détails, que renvoyer aux sources que nous avons citées : elles sont déjà presque de date ancienne, la méthode fournissant, à l'heure actuelle, de nombreux succès que l'on juge inutile de publier. Rappelons les observations d'infections puerpérales guéries, de Duret ; Porak, en 1893, avait déjà réuni huit cas d'éclampsie avec six guérisions par les injections massives (1) ; Audebert (2) recommande la méthode dans cette affection. Les observations d'infection généralisée, de septicémie post-opératoire, de péritonites aiguës sont déjà nombreuses, beaucoup plus que ne le permettent de l'indiquer les cas publiés par Lejars, Delbet, Duret, Jayle, Tuffier et ceux rapportés aux séances, déjà signalées de la Société de Chirurgie et de l'Académie de médecine. Enfin, Tuffier a guéri deux malades atteints de tétanos confirmé, en employant la saignée-injection.

MODE D'ACTION

Les injections salines massives ont donc des effets physiologiques et thérapeutiques certains, et les résultats qu'elles donnent nous semblent maintenant bien connus dans des cas assez différents. Quel est leur mode d'action ? C'est là une question fort intéressante, et très importante comme conclusions pratiques.

I. — Elle paraît assez simple à résoudre dans les cas d'anémie aiguë : la gravité de cet état tient surtout à la chute plus ou moins rapide de la pression artérielle, en défaut de réplétion du système circulatoire ; le réflexe cardiaque est mal excité ; le cœur se contracte irrégulièrement, faiblement, à vide pour ainsi dire. Dès que l'on remplit les vaisseaux, le cœur reprend de sa vigueur, la pression remonte rapidement : dès lors tout rentre dans l'ordre : l'anémie des centres nerveux disparaît également et toutes les fonctions reprennent.

Nous avons vu, établie expérimentalement, l'action coagulante des injections intra-veineuses : elles agissent, à titre d'hémostatiques, par un double mécanisme : elles excitent la vaso-constriction des artérioles rompues, et surtout elles activent en cet endroit la précipitation des hématoblastes, centres de formation des caillots : en un mot, elles rétrécissent l'orifice et favorisent la production du bouchon.

II. — Le mode d'action des injections salines dans les infections est une question beaucoup plus délicate, entourée d'obscurités et qui est encore loin d'être résolue ; on a invoqué des mécanismes fort simples : élimination, en quelque sorte par action mécanique, des toxines, des bactéries même, par les émonctoires dont l'activité est mise en jeu, véritable lavage du sang. En réalité, le problème semble bien plus complexe.

Nous n'avons pas ici un simple lavage du sang ; d'une part, la quantité de liquide employée est insuffisante pour qu'on puisse assimiler cette méthode à celle employée par Dastre et Loye, dans des conditions tout à fait différentes : d'autre part, y a-t-il une telle élimination d'éléments nocifs ? Y a-t-il réellement toxiurie ? On serait tenté de le penser en voyant la diurèse abondante qui s'établit souvent : mais cette polyurie (ou la diarrhée qui peut la remplacer) n'apparaît fréquemment que plusieurs heures après une amélioration manifeste : il n'est en outre pas du tout établi que les urines éliminées alors soient plus toxiques ou même plus chargées de substances albuminoïdes que précédemment (1).

Enfin si les injections intra-veineuses agissaient simplement grâce à la polyurie produite par l'augmentation de pression artérielle, on n'assisterait pas à ces modifications si rapides, si spéciales. Quant à cette élévation même de la pression artérielle, elle est certainement importante mais peut être autant un effet qu'une cause de l'amélioration générale.

Il y a plus, croyons-nous. Tous les symptômes généraux tiennent à une intoxication qui porte ses effets sur tous les organes, sur le système nerveux en particulier ; l'action si rapide des injections intra-veineuses ne peut guère être expliquée que soit par la destruction des toxines, soit par un relèvement presque instantané de la résistance de l'organisme.

La transformation des toxines par l'injection de 1,200 grammes d'eau salée est problématique : il est possible qu'on puisse la faire entrer en ligne de compte (Charrin). Il semble en revanche que la défense physiologique manifeste une activité nouvelle, très intense : la réaction qui suit rapidement l'injection, cette élévation de température momentanée, le changement de caractères du pouls éveillent déjà l'attention dans ce sens ; oserions-nous dire que cette période critique est le moment le plus chaud de la lutte entre l'organisme et les principes pathogènes ?

La phagocytose a certainement un rôle énorme dans la défense des tissus : l'apport des globules blancs, leur prolifération au niveau des foyers d'infection est intense, en même temps qu'ils augmentent dans la masse sanguine elle-même. Il est possible que la gravité des accidents infectieux tienne en partie à une insuffisance dans leur action. Cette insuffisance serait-elle due à l'hypertoxicité même du sang ? L'eau salée agit peut-être en diminuant cette toxicité par simple dilution, en apportant surtout des éléments qui relèvent la vie cellulaire ; celle-ci se réveille, la lutte reprend : les leucocytes, dont le nombre diminue rapidement dans le sang, vont agir au foyer de l'infection et, en ce point, détruire à la fois microbes et toxines qui en dérivent. D'ailleurs ce que nous venons de dire pour les leucocytes devrait s'appliquer probablement, d'une

(1) Thèse de Bernheim, 1898.

(2) Congrès d'obstétrique de Bordeaux, août 1895.

(1) Les examens dans ce sens sont encore insuffisants, mais n'ont pas jusqu'ici permis de constater une augmentation de toxicité des urines, ni même une hyperazoturie qui accompagne ordinairement la première.

façon générale, à l'organisme entier, chaque cellule entrant en jeu.

Cette théorie repose encore sur peu de faits : pourtant quelque différente que soit la méthode employée et son principe même, nous ne pouvons nous empêcher de comparer dans leurs résultats les grandes injections d'eau salée et les sérums anti-toxiques. Les ressemblances sont faciles à établir : même rapidité dans l'action, même réaction critique (1), même chute de la leucocytose (2). Sans pouvoir établir une analogie plus grande, ces faits d'observation nous indiquent pourtant suffisamment que les injections massives salines donnent véritablement une *désintoxication*, de même que les sérums *antitoxiques* : l'action directe sur les cellules semble bien probable.

Cette désintoxication une fois admise, les phénomènes observés paraissent faciles à expliquer : les cellules propres de tous les organes peuvent fonctionner désormais ; elles ne sont plus paralysées par les agents nocifs qui les altéraient et c'est d'ailleurs cette vie cellulaire même qui détruit ceux-ci. D'autre part, le système nerveux reprend son action : la pression artérielle remonte à la fois par augmentation de la masse du liquide et par l'excitation nerveuse : le pouls se régularise. Les urines deviennent abondantes : le parenchyme rénal fonctionne de nouveau au contact d'un sang qui se rapproche de la normale : le système nerveux excite ce fonctionnement; enfin, l'augmentation de la pression artérielle active la filtration. Nous ne reviendrons pas sur les autres phénomènes qui tous indiquent à la fois la réaction cellulaire et la désintoxication produite.

Inutile de dire que cette action désintoxicante des injections massives, comme, d'ailleurs, celle des sérums antitoxiques, est variable ; elle peut être définitive; elle peut être passagère : l'action cellulaire est annihilée au bout de quelque temps par l'action microbienne et toxique: une nouvelle injection pourra rétablir l'équilibre entre les deux. Enfin, elle peut être nulle, l'organisme étant trop profondément atteint pour réagir.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

I. — L'examen rapide des *indications* des grandes injections constituera une sorte de résumé de cette étude : car elles se déduisent naturellement des observations cliniques et de la théorie qu'on peut en tirer.

Ces indications sont posées depuis longtemps dans les cas d'anémie aiguë : lorsque, par suite d'hémorrhagies abondantes causées par un traumatisme grave quelconque, accidentel ou opératoire, on se trouve en présence d'une tendance syncopale pouvant faire craindre pour la vie du malade, il ne faut pas hésiter : le meilleur traitement est l'injection intra-veineuse. C'est elle que nous préférons ici, car son action est certainement plus rapide. Les injections sous-cutanées suffiraient dans les cas moins graves. On emploiera 1 litre et demi à 2 litres avec une certaine prudence, pour éviter une congestion réflexe viscérale.

Les infections, les intoxications-graves (nous ne parlons que de la pratique chirurgicale) seront autant d'indications (péritonites aiguës; infections d'origine traumatique, puerpérale; tétanos; éclampsie; shock...); dès que la température monte au-dessus de 39°4, lorsque cette ascension est pour nous l'indice d'un processus morbide inquiétant et non d'une réaction passagère, surtout lorsque les symptômes généraux montrent un état pathologique grave, nous devons appliquer cette méthode. On y joindra naturellement les traitements habituels, locaux.

La gravité du cas, dont le clinicien est seul juge, guidera son intervention : les injections intra-veineuses ou sous-cutanées (celles-ci aussi abondantes) donnent à peu près, semble-t-il, les mêmes résultats; il est ordinairement nécessaire d'y revenir à plusieurs reprises, souvent de pratiquer deux injections ou même plus dans la journée. Nous ne saurions conseiller les doses énormes (jusqu'à six litres par jour) employées par quelques chirurgiens, d'ailleurs, avec succès : ne pourrait-on craindre des accidents en employant d'une façon si violente une méthode encore si mal connue dans son mode d'action? Une certaine réserve doit nous arrêter : trois litres par jour (chaque injection ne dépassant pas 1 litre 1/2) semblent suffisants pour obtenir un effet favorable, lorsque celui-ci est possible. Ce n'est, d'ailleurs, qu'une plus grande expérience qui nous donnera des renseignements précis sur la dose la plus utile.

Il pourra être bon dans tous ces cas de combiner l'emploi des voies intra-veineuses et sous-cutanées, celles-ci pouvant entretenir l'effet produit par l'hématocatharsie : dans des cas très graves on n'attendra pas, après une première chute de température, une ascension nouvelle pour pratiquer une nouvelle injection pouvant être de quantité moindre.

Ici se pose la question de la saignée préalable : cette méthode spéciale a donné de beaux résultats entre les mains de Barré, de Bosc, de Tuffier : mais son utilité est-elle incontestable? La saignée semble être en effet favorable en éliminant d'emblée une certaine quantité de toxines disséminées dans le sang. Mais ne peut-elle pas être nuisible, en retirant de l'organisme, au moment même où il est appelé à réagir, un certain nombre d'éléments de lutte, de cellules qui pourraient servir pour la phagocytose? La question n'est pas résolue.

II. — Y a-t-il des *contre-indications?* Non, dans les cas d'anémie aiguë, de shock traumatique ou opératoire : c'est le seul moyen de traiter efficacement de véritables moribonds; on *doit* l'employer.

Dans les infections il faudra toujours surveiller l'état des reins, du cœur, des poumons. Il y aurait peut-être danger à injecter brusquement une grande quantité de liquide chez un sujet dont les reins, profondément altérés, ne pourraient éliminer l'excès d'eau introduite, d'autant que le système vasculaire est alors plus ou moins troublé, se laisse distendre plus facilement, et que le cœur est

(1) Indiquée par Variot pour le sérum antidiphtérique. De même Hutinel a signalé chez les enfants tuberculeux une réaction, à la suite de faibles doses d'eau salée, assez semblable à celle que donne la tuberculine ou les sérums antituberculeux.

(2) La théorie que nous suggérons a été admise pour le sérum antidiphtérique (Goix, thèse de Paris, 1896). Israël, Cantacuzène et d'autres ont observé que l'afflux local des leucocytes, après l'injection intrapéritonéale du bacille du choléra, est plus grande chez les animaux traités par le sérum préventif que chez ceux qui n'ont pas reçu ce traitement. La diminution brusque de la leucocytose, constatée par Ewing à la suite d'injection de sérum antidiphtérique correspondrait donc à l'appel des globules blancs au foyer d'infection.

moins bon (1) ; dans ces cas agir lentement, avec prudence, de préférence par la voie sous-cutanée. S'il y a œdème d'origine cardiaque, hypertension artérielle, une plus grande réserve se posera encore : car le cas de mort rapporté par Chauffard (2) est peut-être imputable à une injection intra-veineuse faite dans ces conditions.

Chez les enfants, la dose sera naturellement proportionnée à l'âge, au poids du sujet : les injections de 10 centimètres cubes, multipliées dans la journée, sont appliquées depuis longtemps dans la thérapeutique infantile, dans les affections gastro-intestinales, par exemple. On doit surveiller avec soin l'état général : Hutinel (3) a insisté sur les congestions produites par cette méthode au niveau des foyers tuberculeux, sur la généralisation même d'une tuberculose locale. La tuberculose, surtout au début, semblerait donc, même chez l'adulte, réclamer une grande réserve.

Les grandes injections d'eau salée doivent évidemment n'être employées qu'avec discernement et prudence, comme tout moyen thérapeutique puissant. Mais nous avons en elles un agent qui, logique en théorie, appuyé sur l'expérimentation et sur les faits cliniques, peut donner les plus heureux résultats dans des cas qui semblaient au-dessus des ressources de la médecine.

(Revue de chirurgie.)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Recherches calorimétriques sur l'influence des vêtements secs ou mouillés.

Rubner (*Arch. f. Hyg.* T. XXV, p. 252-308) poursuit ses recherches sur les variations que peut présenter la radiation calorique du corps humain sous l'influence de facteurs variés.

Le problème est des plus compliqués, car on ne peut assimiler la peau d'un sujet vivant à une surface chaude quelconque rayonnante, et on ignore encore l'influence exercée par les étoffes différentes sur les terminaisons nerveuses et sur les glandes cutanées.

Rubner a utilisé son calorimètre pour bras. Dans une série de recherches précédentes, il avait établi que les bras nus introduits dans l'appareil, dans des conditions bien déterminées, donnaient une émission de calorique régulière. Il avait déterminé, en outre, quelles étaient les pertes de chaleur dues à la ventilation et à l'élimination de la vapeur d'eau provenant de la transpiration cutanée.

On constate, tout d'abord, une influence considérable exercée par une façon plus ou moins exacte dont le vêtement (la manche dans l'espèce) est adaptée au bras. Le coton flottant détermine une diminution dans la perte de chaleur, comparée à celle du bras nu, de 17 0/0; appliquée exactement, la diminution ne dépasse pas 12 0/0. Le tricot de coton donne 20 0/0 et 10 0/0; la flanelle, 22 et 15 0/0. Ces variations, entre un vêtement flottant et un vêtement collant, peuvent osciller du simple au double.

En se plaçant dans des conditions identiques, mais en faisant varier la nature même du vêtement, Rubner trouve que l'économie de chaleur est de 19 0/0 avec la laine, 17 0/0 avec le coton, 17 0/0 avec la soie. Ces chiffres sont, du reste, en accord avec les propriétés conductrices de ces substances, bien que les chiffres ne suivent pas exactement les mêmes rapports.

Quant à l'influence de l'épaisseur de l'étoffe, un tricot de coton de 1 millimètre 35 d'épaisseur donne une diminution de 14 0/0; un autre plus épais, 2 millimètres 7, détermine une diminution de 17 0/0.

L'influence de l'humidité du vêtement est encore plus nette, et cette série d'expériences explique les refroidissements intenses observés quelquefois chez les individus mouillés.

Si l'on représente par 100 l'émission de calories du bras nu et sec, on voit que l'application d'un tricot de laine ou de coton sec uni fait tomber cette émission à 80 et à 83, alors, au contraire, que ces mêmes vêtements mouillés déterminent une radiation calorique correspondant à 124 pour la laine, à 157 pour le coton. -- P. Langlois.

(Presse Médicale.)

Le diabète sucré chez les oiseaux après l'extirpation du pancréas.

Kausch a repris les expériences de Langendorff sur l'apparition du sucre dans les urines après l'extirpation du pancréas. Un premier fait à noter dans les expériences de Kausch, sur les oiseaux, c'est la résistance qu'offre le rein des oiseaux au passage du sucre, même lorsque le sucre est en abondance extrême dans le sang.

Ce fait est expliqué de la façon suivante par Sohievanski : les tubuli contorti résorberaient le sucre qui aurait franchi le glomérule de Malpighi.

Chez le canard, qui a servi particulièrement aux expérimentations de Kausch, on voit tout d'abord un amaigrissement considérable se produire. L'animal perd jusqu'à cent grammes de son poids par jour. La survie est courte, cinquante jours au maximum. Mais, dès le quatorzième jour, le tissu graisseux a complètement disparu.

Chez le canard, enfin, le sucre apparaît dans les urines dès la trente-sixième heure qui suit l'ablation du pancréas. Si l'on donne aux canards du sucre en nature, il se produit chez eux de l'hyperglycosurie; à part ce fait, l'alimentation ne modifie pas l'élimination du sucre.

(Arch. f. experiment. Pathol., 1896.)

Sur les tumeurs inflammatoires de la glande sous-maxillaire.

H. Küttner (*Beitræge zur klin. Chir.*, XV, 3) relate deux observations fort importantes au point de vue du diagnostic des tumeurs des glandes salivaires. Dans les deux cas, on se trouvait en présence de tumeurs dont les caractères cliniques auraient pu faire croire à un néoplasme malin, tandis que l'examen histologique démontra qu'il s'agissait de tuméfactions dues à une inflammation chronique.

La première observation a trait à un individu âgé de 48 ans, qui, une dizaine d'années auparavant, s'était aperçu qu'une tumeur commençait à se former au niveau de la région sous-maxillaire gauche. Cette tumeur n'avait jamais été douloureuse. Le malade pensait devoir attribuer la cause de ce néoplasme à une arête de poisson qui s'était implantée autrefois sous la langue. La tumeur, mobile, ayant le volume d'une pêche, était située dans la région sous-maxillaire. Indépendante de la peau, elle était soudée à la muqueuse du plancher de la bouche, dans le voisinage de la dent de sagesse ; en outre, elle se montrait insensible à la pression et offrait une consistance dure. La région de l'angle du maxillaire inférieur était le siège de quelques ganglions légèrement tuméfiés. Le néoplasme et les ganglions tuméfiés furent extirpés radicalement. L'opérateur procéda en même temps à l'ablation de la glande sublinguale, qui présentait égale-

(1) Pourtant l'état des reins est loin d'être une contre-indication absolue, puisqu'il existe déjà plusieurs observations d'urémies améliorées franchement par les injections massives.

(2) *Bulletin Médical*, 1896.

(3) *Semaine Médicale*, 16 mars 1895.

ment un aspect anormal. A l'examen macroscopique de la tumeur sous-maxillaire, on fut tenté de diagnostiquer un sarcôme. La glande sublinguale contenait un calcul salivaire du volume d'un noyau de cerise, tandis qu'aucune concrétion ne put être décelée dans la tumeur de la glande sous-maxillaire, ni dans le canal de Wharton.

Le second cas, opéré par M. Bornitz, concerne un sujet âgé de 27 ans, qui avait constaté, depuis six semaines, l'existence d'une tumeur dans la région sous-maxillaire gauche.

Le néoplasme augmenta rapidement et devint légèrement sensible à la pression et pendant la déglutition. Le malade n'avait jamais noté de symptômes inflammatoires. L'examen montra qu'il s'agissait d'une tumeur du volume d'une grosse pomme, siégeant dans la région sous-maxillaire gauche. Elle était recouverte d'une peau normale, adhérente en un seul point. Le néoplasme lui-même, peu mobile, n'était pas sensible à la pression. Au niveau de l'angle de la mâchoire, on constatait l'existence de quelques ganglions tuméfiés. L'opération fut assez difficile, mais le malade se remit aisément.

L'examen histologique de ces deux tumeurs a fourni un résultat tout à fait identique : une partie du néoplasme présente encore la structure d'une glande salivaire, avec cette différence que le tissu conjonctif interacineux est le siège d'une forte infiltration de cellules embryonnaires qui s'accentue principalement autour des vaisseaux et autour des conduits excréteurs.

En d'autres points on trouve une augmentation considérable du tissu conjonctif avec disparition plus ou moins complète des cellules épithéliales. L'infiltration embryonnaire est beaucoup plus intense, et certaines parties du néoplasme sont uniquement formées du tissu conjonctif contenant des amas de leucocytes et des cellules embryonnaires. Le même processus inflammatoire se retrouve dans les tissus qui entourent la glande sous-maxillaire. Il est impossible, à l'examen de la tumeur, de poser le diagnostic de néoplasme malin. La recherche des bactéries sur les coupes n'a donné aucun résultat.

Ces deux cas rappellent les observations publiées dernièrement par M. Riedel. Ce chirurgien a vu des tumeurs du pancréas qui, tout en affectant les formes du cancer de cet organe, relevaient d'un processus inflammatoire produit par la présence de calculs biliaires dans le canal cholédoque ou dans la vésicule biliaire. M. Riedel croit que l'inflammation s'est, en pareille occurrence, propagée au pancréas par l'ampoule de Vater et le canal de Wirsung.

Dans le premier fait relaté par M. Küttner, on serait tenté d'attribuer l'origine de l'inflammation chronique à la présence du calcul salivaire dans la glande sublinguale, mais l'auteur croit plutôt que l'inflammation chronique des deux glandes doit être considérée comme primaire, tandis que la formation du calcul n'est que secondaire. Il fait ressortir, en outre, le fait de l'absence complète de calcul dans la glande sous-maxillaire ainsi que dans le canal de Wharton, contrairement à ce qui eut lieu dans l'observation publiée par M. Krœnlein, où la présence d'un volumineux calcul dans ce canal détermina la formation d'une tuméfaction considérable de la glande sous-maxillaire. L'affection décrite par M. Küttner est aussi complètement différente du processus pathologique observé par M. Mikulicz, dans un cas où il s'agissait d'une tuméfaction symétrique de toutes les glandes lacrymales et salivaires. — F. de Q.

(*Semaine Médicale.*)

Sur l'emploi du bouton de Murphy.

Graff (*Arch. f. klin. Chir.*, LII, 2) communique les résultats obtenus par l'application du bouton de Murphy chez 25 malades du service de M. Schede, alors que celui-ci était chirurgien au Nouvel Hôpital général de Hambourg. Dans 14 de ces cas, on avait pratiqué la gastro-entérostomie : 8 opérés se sont remis, 6 ont succombé. Dans les 11 derniers cas, on a eu recours au bouton pour simplifier la résection intestinale; 6 de ces malades ont été guéris, tandis que les 5 autres sont morts.

Au premier abord, ces résultats paraissent peu encourageants; toutefois, M. Graff a trouvé, en analysant chaque observation en particulier, que dans aucun de ces cas la cause de la mort ne pouvait être imputée à l'emploi du bouton lui-même : il s'agissait le plus souvent de malades opérés dans un état de faiblesse qui ne leur permettait pas de supporter une intervention chirurgicale quelconque. L'auteur arrive même à cette conclusion que le bouton de Murphy présente de grands avantages sur la suture intestinale, en raison de la rapidité de son application, et qu'il est à peu près complètement exempt de danger, pourvu qu'on procède avec l'exactitude la plus rigoureuse et que le bouton soit bien conditionné; en particulier, il est de toute nécessité que le bord des ouvertures établies sur la circonférence du bouton ne soit pas tranchant, ce défaut ayant déterminé une perforation intestinale dans un autre cas observé tout récemment par M. Graff.

En outre, l'auteur recommande de toujours compléter l'opération par une suture circulaire des surfaces séreuses. — F. de Q.

(*Semaine Médicale.*)

ANGLETERRE

Le traitement galvanique de l'impuissance sexuelle.

Le traitement électrique de l'impuissance sexuelle ne s'applique pas, bien entendu, aux cas où l'impuissance est due à une maladie consomptive, à une affection organique des centres nerveux ou bien à des vices de conformation des organes génitaux.

Il s'applique seulement aux impuissances d'origine cérébrale ou médullaire, pourvu que le mode d'application de l'électricité s'adapte aux conditions de chaque cas particulier.

Dans l'impuissance génitale d'origine cérébrale due à une timidité insurmontable, de l'autosuggestion, il faut diriger le courant galvanique sur les centres réflexes du mésocéphale et du lobe occipital. M. **Althaus** (de Londres) conseille alors d'appliquer sur chaque apophyse mastoïde une électrode circulaire de 5 centimètres de diamètre et on laisse passer pendant cinq minutes un courant de deux ou trois milliampères; puis on place sur l'occiput une électrode de 15 centimètres de long sur 9 centimètres de large. Cette électrode figure le pôle positif pendant que la main du patient repose sur une électrode négative carrée mesurant 10 centimètres de côté, et on fait agir un courant de même intensité. Au bout de trois minutes on change la direction du courant et on galvanise pendant trois minutes le pôle négatif correspondant à l'occiput.

Il existe deux autres variétés d'impuissance sexuelle. L'une est consécutive aux traumatismes crâniens ayant provoqué un ébranlement intense du mésocéphale et du lobe occipital, où il s'agit d'un trouble dans la transmission de l'influx nerveux allant des centres réflexes du cerveau à la moelle lombaire, et où M. Althaus fait passer un courant de 5 milliampères entre ces deux segments de l'axe céphalo-rachidien. L'autre variété d'impuissance génitale est la frigidité sexuelle qu'on observe parfois chez des personnes s'occupant de travaux scientifiques abstraits. M. Althaus traite ces derniers cas comme il traite l'impuissance sexuelle d'origine psychique.

M. Althaus applique aussi des courants galvaniques sur les organes génitaux externes qui sont le plus souvent insuffisamment développés.

Dans l'impuissance sexuelle d'origine spinale, le mode d'application du courant varie suivant qu'on a affaire à une hyperexcitabilité ou à une parésie du centre éjaculatoire, ou bien à une parésie du centre de l'érection.

Si le sujet présente une hyperexcitabilité du centre éjaculatoire avec émission trop rapide du sperme pendant le coït, on applique l'électrode positive sous forme d'une plaque de 10 cen-

timètres de long sur 6 de large à la région lombaire de la moelle et une électrode carrée de 10 centimètres de côté à l'épigastre ou à la main du patient, et on fait agir pendant cinq à sept minutes un courant de 5 à 10 milliampères. Si l'affection est invétérée, il faut faire plus, et faire agir directement le courant sur la région prostatique au moyen d'une sonde introduite dans l'urèthre et figurant le pôle positif.

On emploie le même procédé pour traiter la parésie du centre éjaculatoire, mais on a soin de placer le pôle négatif excitant sur la moelle lombaire ou dans l'urèthre prostatique.

S'il y a, enfin, parésie du centre de l'érection, on applique l'électrode positive au niveau de la moelle lombaire et l'on promène l'électrode négative sur la verge, les bourses, le périnée.

ITALIE

Un cas de guérison de la maladie d'Addison à la suite de la résection d'un testicule tuberculeux.

On sait qu'un certain nombre d'auteurs considèrent la maladie d'Addison comme résultant de la propagation de la tuberculose du testicule aux glandes surrénales. Dans ce cas, on pourrait supposer que la résection du testicule malade serait suivie de la guérison de la maladie d'Addison. C'est ce qui semble résulter du cas rapporté par **Cervellini**. Il s'agit d'un jeune homme âgé de 22 ans, chez lequel les différents troubles qu'il présentait, et que nous allons rapidement énumérer, remontaient à un an environ. A cette époque, le malade ressentit une faiblesse générale accompagnée de douleurs dans la région épigastrique. Ces deux symptômes s'aggravèrent avec le temps et mirent le malade dans l'impossibilité de travailler. En même temps, survint un autre symptôme bien caractéristique : la coloration brune de la peau. Le malade entra à l'hôpital et là, à part les symptômes déjà indiqués, on constata l'augmentation de volume du foie, un développement considérable de la circulation abdominale cutanée et — c'est là le point important — l'augmentation de volume du testicule gauche.

On décida d'opérer préalablement le malade, de le débarrasser de son testicule, qu'on considérait comme tuberculeux. L'opération fut faite dans de très bonnes conditions, et dix jours après, lorsque la plaie était cicatrisée, on put constater une notable amélioration dans l'état du malade : la tension de l'abdomen, le volume du foie avaient diminué : la coloration de la peau avait également diminué et les taches du visage avaient pour ainsi dire disparu.

Le malade se plaignait seulement de douleurs dans le ventre, localisées spécialement à l'épigastre et provoquées par la palpation. Pour faire disparaître ces symptômes, on eut recours à une forte révulsion, on soumit le malade au régime azoté et on lui administra de l'iodure de potassium.

Le traitement ainsi établi fut continué pendant deux mois. L'état du malade ne faisait que s'améliorer de jour en jour et il put, au bout de ce temps, se livrer de nouveau à ses travaux habituels.

Cervellini la revu récemment ; son état ne laisse rien à désirer : la pigmentation de la peau a complètement disparu, la nutrition est très satisfaisante et la faiblesse n'existe plus. — Dr Taft.

(*Gazette des Hôpitaux*, d'après la *Riforma medica*, n° 15, 1896.)

Injections intramusculaires d'iode dans certaines affections de l'oreille.

M. Gradenigo fait, sur ce sujet, une communication à l'Académie de médecine de Turin. Les injections intramusculaires d'iode, d'après le procédé de Durante, furent expérimentées par Gradenigo, dans deux groupes différents d'affections auriculaires : dans l'otite moyenne suppurée chronique et dans l'otite sèche, présentant les caractères de la sclérose.

L'otorrhée datant de longtemps, fétide, accompagnée presque toujours de granulations, qui ne se rencontrent que chez des individus très jeunes, à l'habitus lymphatique et aux antécédents tuberculeux, est rebelle à tout traitement purement local, même chirurgical ; les granulations, une fois extirpés, ne tardent pas à se reproduire. Grandenigo eut recours, dans ce cas, et avec succès, au traitement par les injections d'iode qu'il faisait avant le traitement chirurgical.

Il a employé les injection dans 27 cas ; leur nombre variait de 25 à 44 ; en moyenne, il était de 30 ; la dose d'iode variait de 1 à 3 centigrammes.

On a obtenu : dans 10 cas, la cessation complète de la sécrétion ; dans 10 autres cas, une notable amélioration ; dans 7 cas, l'état des malades n'a point changé.

On a obtenu également de bons résultats dans certaines formes de sclérose. Gradenigo se propose de rapporter plus tard les résultats définitifs.

(*Presse Médicale.*)

RUSSIE

Recherches expérimentales sur les modifications qui se produisent dans la prostate, à la suite de la castration.

M. Lesine a fait des expériences sur des lapins et examiné la prostate de ces animaux de 1 à 8 mois après l'orchidectomie.

La castration double a toujours provoqué dans la prostate des modifications profondes qui commençaient à se manifester à partir du douzième jour. Plus tard, les vésicules glandulaires s'aplatissaient, les acini transformaient leur épithélium cylindrique en épithélium parimenteux, les fibres musculaires lisses s'atrophiaient. Le tissu interstitiel s'hypertrophait, mais dans l'ensemble, la glande diminuait de volume.

Par contre, l'orchidectomie, la vasectomie unilatérale et la ligature des vaisseaux d'un seul cordon spermatique n'exercèrent aucune action.

En sectionnant les vaisseaux des deux cordons spermatiques sans toucher aux canaux déférents, on obtenait des effets à peu près semblables à ceux de l'orchidectomie double.

Donc, castration double et section des vaisseaux spermatiques des deux côtés provoquent l'atrophie de la prostate. Cette atrophie intéresse particulièrement le tissu glandulaire, l'atrophie musculaire ne vient qu'en seconde ligne.

M. Lesine a vu enfin que les modifications de la prostate consécutives à la castration se montraient tout d'abord dans le protoplasma des cellules épithéliales sous forme de dégénérescence graisseuse et cela en l'absence de toute trace de karyokinèse des cellules du tissu conjonctif.

(*Med. Obozr.*, XLVI, 14.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre.

Toxémie des gastro-entéropathes.

M. Debove lit un rapport sur le mémoire présenté par M. Clozier (de Beauvais) et ayant pour titre : L'intoxication gastro-intestinale chez les névropathes.

Contrairement à l'opinion défendue par M. Clozier, M. Debove soutient que les accidents nerveux des gastro-entéropathes ne sont pas liés à des troubles digestifs, mais à un état névropathique général.

D'après M. Clozier, l'estomac et l'intestin malades seraient un

véritable laboratoire fabricant des poisons qui engendrent la toxémie d'où résulte l'apparition des phénomènes nerveux.

Il paraît plus juste à M. Debove d'admettre, car les faits rapportés par M. Clozier ne sont pas probants, que ses malades étaient des névropathes à divers titres ayant des troubles parmi lesquels dominaient des troubles intestinaux

M. Porak lit un rapport sur le mémoire présenté à l'Académie pour le prix Capuron.

M. Lereboullet lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Rochard.

M. Bendersky (de Kiew) présente un appareil très simple permettant d'effectuer la percussion auscultée. Cet appareil permet de diagnostiquer la distension gastrique et la gastroptose. Il permet de délimiter non seulement les organes creux mais aussi les organes pleins. Deux personnes peuvent même ausculter à la fois, grâce à un appareil particulier et l'on peut adapter même à l'appareil un certain nombre de tubes permettant à plusieurs auditeurs d'ausculter ensemble.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 septembre.

Nouvelle adaptation des muscles de la jambe après la guérison du pied bot.

M. Joachimsthal, chez un malade qui avait recouvré les fonctions de la marche à la suite de la guérison d'un pied bot, a étudié la forme et la longueur des gastrocnémiens.

Il a reconnu, *de visu*, que ces muscles du côté malade présentaient une diminution de l'étendue des mouvements et une diminution de la longueur du mollet.

M. Joachimsthal a photographié, à l'aide des rayons de Rœntgen, le squelette des deux pieds du malade dans le but de se rendre compte si la modification des muscles ne tenait pas à un changement de longueur au calcanéum. Il a vu, ainsi, que, du côté malade, le calcanéum présentait une atrophie très nette mais sans modification dans la longueur de l'os. Il a vu aussi que, du côté anormal, l'étendue des mouvements était extrêmement limitée.

Conclusion : c'est à cause de la diminution de la fonction du pied que les gastrocnémiens ont subi l'atrophie. Et ce qui persiste des muscles du mollet n'appartient qu'aux jumeaux qui ont conservé leur fonction de fléchisseurs du genou, tandis que le soléaire, qui n'a d'action que sur le pied, a complètement disparu.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 1er au 5 septembre 1896.

De l'incontinence d'urine dans le prolapsus utérin au début; son traitement opératoire.

M. Boursier (de Bordeaux). — Il faut faire aux troubles urinaires une large part aux symptômes fonctionnels que l'on rencontre dans les premiers temps du prolapsus utérin. Et, parmi ces troubles urinaires, l'incontinence d'urine occupe le premier rang.

Cette incontinence se rencontre toujours dans la station debout; les efforts, la fatigue l'exagèrent. La station couchée la fait disparaître. Elle a donc lieu, surtout, pendant que le prolapsus produit son maximum d'effets mécaniques et elle n'est nullement en rapport exact avec l'intensité des lésions.

Il semble que l'urèthre doit être la cause de cet accident. En effet, du fait du prolapsus utérin, l'urèthre subit des tiraillements et des lésions qui sont capables de diminuer sa tonicité.

C'est donc sur l'urèthre que doit porter l'intervention.

M. Boursier a, dans ce sens, pratiqué chez une femme de trente et un ans qui présentait, à la suite d'un accouchement très laborieux, un prolapsus utérin au début, avec douleurs urinaires et incontinence douloureuse dans la station debout et au moindre effort, M. Boursier a pratiqué, en une seule séance, un curettage avec amputation du col, une large colpopérinéorrhaphie et, en outre, une incision uréthrale avec élévation de l'urèthre par le procédé de Pousson. Cette malade a été complètement guérie.

La correction uréthrale n'est pas admise en France, dans les cas analogues; M. Pozzi admet l'efficacité de la colporrhaphie antérieure dans ces circonstances.

Chez une seconde malade, M. Boursier s'est borné, donc, à la méthode française.

Il a pratiqué le curettage avec amputation du col, la colpopérinéorrhaphie et la colporrhaphie antérieure. Ici le prolapsus utérin a été complètement guéri, mais l'incontinence d'urine a persisté.

Coccygectomie ; influence de la mobilité du coccyx de la rétrodéviation.

M. Blondel (de Paris) pense que le coccyx joue un rôle important dans la statique de l'utérus. Quand cet os est luxé en avant, soit par un traumatisme, soit plus souvent par l'accouchement, il déplace en avant les insertions du releveur et fait glisser en avant le vagin. Il détermine ainsi une colpocèle postérieure. Cette colpocèle peut se voir chez les vierges et l'on retrouve alors dans les antécédents une chute sur le coccyx. L'utérus, consécutivement, est donc toujours plus ou moins dévié en arrière. Quelquefois même, la rétroversion est complète.

On a, jusqu'ici, négligé ces faits parce que l'on désignait ce genre d'accidents la plupart du temps sous le terme de coccygodynie. Ce terme est vague, souvent faux, et n'attire l'attention du médecin que lorsque l'élément douleur entre en jeu.

Or, à ce point de vue, il convient de diviser les femmes en trois catégories. Il y en a qui souffrent beaucoup avec un coccyx modérément mobile. D'autres, c'est le plus grand nombre, ne souffrent que d'une gêne vague, d'une pesanteur dans le petit bassin qu'elles ne localisent pas au coccyx, et que l'on comprend parmi le complexus douloureux qui accompagne la rétrodéviation. Certaines femmes, enfin, ne souffrent pas, quoique leur coccyx soit très mobile, quoique leur rétrodéviation soit très prononcée. Et l'on a toutes les peines du monde à les convaincre de la nécessité du traitement.

Ce traitement est très variable suivant les cas. Souvent, les pessaires allongés, du type de celui de Hodge, suffisent, en fournissant un point d'appui à la masse musculaire du releveur et en lui permettant de ne pas se déplacer en haut avec le coccyx, peut-être même limitent-ils le déplacement de cet os en avant.

La colporrhaphie postérieure peut aussi rendre de grands services en corrigeant le déplacement du vagin.

Quelquefois, rien ne saurait calmer la douleur. Il s'est alors installé une coccygodynie rebelle persistant même après la réparation de la lésion; ou bien il existe un ovaire douloureux et prolabé dont la souffrance est réveillée chaque fois par les mouvements du coccyx. Ce sont ces femmes qui souffrent pendant la défécation et le coït. On est obligé alors de faire l'extirpation de l'ovaire ou bien celle du coccyx.

Dans cette ablation du coccyx, M. Blondel insiste sur la nécessité qu'il y a, après détachement des fibres du releveur et des ischio-coccygiens, à ne pas abandonner ces fibres à elles-mêmes, mais à les fixer au moyen de fortes ligatures aux ligaments latéraux du sacrum.

M. Blondel conseille donc de ne pas omettre d'examiner le coccyx dans les rétrodéviations utérines. Si le coccyx mobile n'est pas douloureux, il suffira de faire porter un pessaire à la

malade. S'il est doulourenx et que l'ablation des annexes ne soit commandée par rien, on fera la coccygectomie en ayant soin de réinsérer le releveur coccy-périnéal aux ailerons du sacrum.

De l'hystérectomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale.

M. Duret. — Lorsqu'on pratique l'hystérectomie vaginale pour l'inversion utérine puerpérale, les premiers temps de l'opération exécutée selon les méthodes ordinaires se heurtent à une légère difficulté, si l'inversion s'accompagne de prolapsus. Le col est alors complètement effacé; la surface muqueuse de l'utérus inversé se continue sans ligne de démarcation avec la muqueuse vaginale; à peine remarque-t-on une différence de coloration. Sur quel point précis faire porter l'incision transversale du cul-de-sac antérieur et du cul-de-sac postérieur, temps par lesquels commence toute hystérectomie ? Nous avons été aidé, dans la détermination du lieu de l'incision, par le palper; en saisissant entre le pouce et les doigts le pédicule de la tumeur, on apprécie aisément, à travers son épaisseur, le point où se trouve le museau de tanche et on sectionne au-dessus. Il faut alors pénétrer avec prudence, car on tomhe aussitôt dans l'infundihulum pelvien, au-dessous de son collet. Il n'y a pas de décollement de la vessie à opérer; celle-ci est restée en dessus de l'incision.

Dès qu'on pénètre dans l'infundihulum par les incisions transversales, soit en avant, soit en arrière, on risque de hlesser les viscères qui y sont inclus. Aussi, dans nos opérations, la petite houtonnière antérieure étant faite avec précaution, nous explorons l'infundihulum, nous nous rendons compte par le toucher des organes qu'il contient. S'il n'y a pas d'adhérences, on peut les réduire et les maintenir sur un point plus élevé par un tampon iodoformé. Il est plus simple, plus prudent, alors, de continuer l'hystérectomie par le procédé de la section médiane.

Du milieu de l'incision transversale antérieure, nous faisons tomher perpendiculairement nne seconde incision qui, partant de là, divise la face antérieure de l'utérus jusqu'à son fond. Le doigt introduit par la houtonnière antérieure, jusqu'au fond de l'infundibulum, dirige l'instrument tranchant et prévient la hlessure des organes herniés. Par la large ouverture de la face antérieure de l'utérus, on aperçoit aisément les annexes et leurs pédicules, qu'on peut lier déjà en partie comme nous l'avons fait dans un cas.

A ce moment de l'opération nous relevons l'utérus, nous le portons en avant, et nous incisons transversalement le cul-de-sac postérieur jusqu'au péritoine.

Il vaut mieux alors procéder à la ligature des artères utérines; pour cela, on incise la muqueuse vaginale sur les côtés et on la décolle légèrement. On saisit entre l'index et le pouce la hase des ligaments larges contenant l'utérus, et à l'aide d'une aiguille de Deschamps on l'enserre entre deux ligatures fortes à la soie de chaque côté. On achève l'hémisection utérine par une incision verticale de la face postérieure et du fond de l'organe dans toute lenr épaisseur.

On attire en bas chacune des deux moitiés; au-dessus on recherche les annexes; on les détache avec les doigts si elles sont adhérentes, puis on place au delà des ligatures très serrées à la soie; on coupe en dedans des ligatures, et l'opération est terminée.

On peut, pour aller plus rapidement dans l'ahlation, mettre des pinces qu'on remplace ensuite par des ligatures.

L'hémisection du corps de l'utérus prolabé a été faite dans une de nos opérations, de has en haut, du fond de l'utérus inversé vers le col.

Comme conclusions, nous croyons devoir émettre les propositions suivantes:

1° L'ablation de l'utérus est indiquée dans les inversions manifestement irréductibles, surtout lorsque se développent des accidents graves: hémorrhagies répétées, douleurs violentes, leucorrhées fétides ou gangreneuses qui produisent un empoisonnement septique on l'hecticité, complications inflammatoires des annexes ou des ligaments larges;

2° Les méthodes anciennes sont insuffisantes et exposent aux accidents septiques. Leurs résultats statistiques sont déplorables;

3° La ligature élastique, selon le procédé de Périer, peut être utilisée en cas d'inexpérience des méthodes modernes; mais elle constitue un mode d'intervention long, douloureux, qui nécessite des soins journaliers et dont les résultats sont incomplets et trop souvent incertains (8.5 0/0 de mortalité);

4° L'hystérectomie vaginale totale est la méthode de choix dans les inversions utérines irréductibles. Afin d'éviter la hlessure des organes herniés dans l'infundihulum péritonéal, il sera préférable de la pratiquer, par section médiane, selon les règles que nous avons indiquées.

Hystérectomie abdominale totale pour fibromyômes.

M. H. Delagénière. — Je vous présente une statistique relative à 10 nouveaux cas d'hystérectomies abdominales totales pour fibromyômes de l'utérus, laquelle me paraît intéressante, surtout au point de vue des modifications que j'ai apportées à la technique opératoire. Ces modifications ont porté sur trois points principaux: la préparation de la malade, l'hémostase et les soins consécutifs.

La préparation de la malade se réduit à la désinfection aussi complète que possible du vagin et du col de l'utérus. Dans ce hut, la patiente suivra, chaque fois que cela sera possible, un traitement consistant en injections antiseptiques, pansements antiseptiques, etc., pendant un certain temps avant l'opération. Au moment de l'intervention, le vagin et le col utérin devront être traités comme le champ opératoire lui-même (écouvillonnage du col avec des mèches de gaze iodoformée, nettoyage du col et du vagin avec de l'alcool sublimé à 1 0/0, puis avec une solution de sublimé à 1 0/0, enfin tamponnement lâche avec gaze iodoformée).

L'hémostase provisoire ne présente rien de particulier. La masse est enlevée comme une tumeur et des pinces sont placées sur tout ce qui saigne.

L'hémostase définitive est plus compliquée. Je fais quatre pédicules pour les quatre sources artérielles principales. Pour l'artère utérine, je passe dans la paroi latérale du vagin, parallèlement à la section circulaire, une anse de grosse soie. Toutes les pinces placées sur l'utérine et ses hranches sont renversées vers l'axe du hassin, afin de permettre de nouer les chefs du fil en dehors des pinces. Le nœud est fait, puis vigoureusement serré. Il en résulte un pédicule latéral accolé au vagin. Pour l'artère utéro-ovarienne, un fil à houcle passée est placé sous la pince-clamp et le pédicule est fait horizontalement à la hauteur du rehord de la collerette, absolument comme pour une ablation d'ovaires.

L'hémostase de la tranche vaginale est ohtenu au moyen de trois anses de fil placées en avant et en arrière et destinée à relier la tranche vaginale au bord de la collerette. Enfin, comme dernière précaution, la collerette est suturée séreuse contre séreuse, au moyen d'un surjet isolant complètement le champ opératoire de la cavité péritonéale. Cette suture de la collerette présente encore cet avantage considérable de constituer une harrière efficace à l'infection pouvant venir du vagin.

Le drainage est une précaution utile et sans inconvénient; je donne le choix aux tuhes de caoutchouc.

Il ne faut jamais laisser le drain en place plus de quarante-huit heures; on surveillera le drainage de la plaie sous-péritonéale par le vagin (tamponnement vaginal renouvelé fréquemment, puis injections antiseptiqnes).

Au point de vue des résultats, cette troisième série porte à 30 le nombre de mes opérations, avec 28 guérisons et 2 morts.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Concours pour l'obtention des bourses de doctorat.

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscriptions seront clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consisteront en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

A. — *Régime du 31 juillet 1893.*

Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

B. — *Régime du 20 juin 1878.*

1° Les candidats qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves sont :

a) Une composition de chimie;

b) Une composition de physique et d'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 2e année.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie);

b) Une composition d'histologie;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la 1re partie du 2e examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie, anatomie de régions);

b) Une composition d'histologie et de physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la 2e partie du 2e examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine;

b) Une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ses compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année.

Concours.

Un concours public pour l'emploi de médecin adjoint des hospices de Beauvais sera ouvert, le mercredi 4 novembre 1896, à la Faculté de médecine de Paris.

Le concours aura lieu devant un jury composé de cinq professeurs ou agrégés de la Faculté.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris. Le registre sera clos le samedi 24 octobre à trois heures du soir.

Un extrait du règlement des hospices civils de Beauvais est déposé au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

Association française de médecins et de chirurgiens urologistes.

Un certain nombre de médecins et de chirurgiens, de Paris et de la province, ont formé le projet de fonder une « Association française de médecins et de chirurgiens urologistes ».

Un comité d'initiative a été constitué : il se compose de MM. Albarran (Paris), Audry (Toulouse), Carlier (Lille), Chevalier (Paris), Desnos (Paris), Eraud (Lyon), Estor (Montpellier), Guiard (Paris), Malherbe (Nantes), Pousson (Bordeaux), Vigneron (Marseille). La première réunion aura lieu à Paris vers le milieu du mois d'octobre prochain.

Les personnes que ce projet intéresse sont priées de s'adresser soit à M. le Dr Pousson, 9, rue Vital-Carles, à Bordeaux, soit M. le Dr Desnos, 31, rue de Rome, à Paris.

Le projet prévoit l'admission de correspondants étrangers.

VARIA

Distinctions honorifiques.

Le ministre de l'intérieur a décerné la médaille d'honneur des épidémies, en argent, à M. Renaud, médecin en chef de l'hôpital militaire du Kef, à Tunis.

NOUVELLES

Encore un sérum thérapeutique.

M. Juan de Dios Carrasquilla vient de présenter à l'Académie de médecine de Bogota (Colombie) un travail sur la sérothérapie de la lèpre. Il a eu l'idée, imitant Richet et Héricourt, d'injecter à des chèvres et à des chevaux du sang de lépreux Puis il s'est servi du sérum de ces animaux qu'il a injecté à des lépreux.

Les résultats auraient été admirables : résorption des tubercules ou suppuration suivie de guérison, cicatrisation des ulcères, retour de la sensibilité et de la fonction sudorale de la peau, etc. De plus, fait remarquable, aucune nouvelle lésion lépreuse ne s'est produite depuis que les sujets ont été inoculés et quelques-uns l'ont été il y a déjà un an.... Hum... hum...

(*Médecine Moderne.*)

Une lugubre statistique.

En Europe, d'après M. Pawlowski, on ne compte pas moins de 25,000 cas de suicides par an.

En France, dans la seconde moitié du siècle, jusqu'à 1880, le nombre des suicides a augmenté du tiers. A partir de 1880, les chiffres deviennent encore plus élevés. L'an dernier, il y en a eu 8,226.

Mais le suicide n'est pas le seul monopole de l'homme, nous dit M. Fournès dans le *Journal d'hygiène*. Les femmes sont amplement représentées dans cette course à la mort, et les enfants ont donné, en 1894, un contingent de 80 suicides.

Le plus grand nombre de ces suicides féminins se rencontre en Angleterre, puis dans les pays scandinaves et en Hongrie. En France, sur un million d'adultes, on compte 80 suicides de jeunes filles et 80 suicides de femmes mariées.

D'une façon générale, de 50 à 60 ans, le nombre des suicides est deux fois plus grand que de 40 à 50 ans.

C'est qu'en effet, à cet âge, où la désespérance est aiguë, la mort entr'ouvre sa porte, et la vie va fermer la sienne en une rafale de misères et de déceptions.

C'est dans le prolétariat ouvrier, et surtout dans le prolétariat intellectuel, que les suicides sont les plus fréquents. Ces désespérés se considèrent comme des vaincus de la vie. Aussi préfèrent-ils en sortir !

(*Médecine Moderne.*)

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 40 3 Octobre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la filariose.

Par MM. les docteurs Demons, Cuemin, de Nabias et Sabrazès.

Le malade qui fait le sujet de cette clinique est un jeune homme de dix-sept ans, originaire de Cayenne, qu'il habita jusqu'à l'âge de treize ans. A ce moment, il vint en France faire ses études et il suit actuellement les cours au lycée de Bordeaux. Sa constitution paraît assez vigoureuse et sa santé a toujours été bonne. Ses antécédents sont nuls. Mais, il y a six ans, il a vu survenir, de chaque côté, dans le pli de l'aine, deux tumeurs de la grosseur d'une noix, absolument indolentes, qui ont grossi peu à peu sans occasionner de douleurs. A droite, leur volume a un peu diminué depuis que ce garçon habite la France: à gauche, elles ont continué à grossir.

L'année dernière, la jambe gauche a enflé d'une façon intermittente, après une fatigue, après une marche un peu trop longue. Un repos de deux ou trois jours lui suffisait pour reprendre son volume normal. Enfin, de petites vésicules se sont formées sur les tumeurs du pli de l'aine, et ces petites vésicules, en se rompant, donnent issue à un liquide clair, transparent, tachant le linge. C'est dans cet état que le malade est venu nous consulter.

Nous constatons, en effet, dans l'aine gauche, la présence de deux tumeurs : l'une, allongée transversalement au-dessous de l'arcade de Fallope, possède un diamètre transversal de dix centimètres et un diamètre vertical de quatre centimètres. L'autre, située un peu plus bas, séparée de la première par un sillon superficiel, est un pen oblique en bas et en dedans, et présente une grosse extrémité interne. Son diamètre transversal atteint quinze centimètres et le diamètre vertical, à la partie moyenne, sept centimètres.

La tumeur supérieure paraît constituée par deux tumeurs accolées l'une à l'autre, la plus grosse en dedans, la plus petite en dehors, ayant le volume d'une noix. La consistance de cette tumeur est mollasse, la peau est tout à fait mobile à son niveau et la tumeur est mobile sur le plan profond.

La tumeur inférieure n'offre pas le même aspect. A sa surface, la peau présente des cordons tortueux, des varicosités formées d'élevures du volume d'un grain de mil, très rapprochées les unes des autres, rosées et transparentes, s'affaissant facilement sous la pression du doigt. Quelques-unes de ces vésicules sont plus grosses que les autres et atteignent le volume d'un petit pois. La consistance de la tumeur est la même que celle de la précédente, et la peau est également mobile sur elle.

Le long de la face interne de la cuisse se distinguent d'autres sinuosités qui présentent les mêmes caractères que les précédentes. Du côté externe de la rotule existe également un cordon saillant, de la grosseur du petit doigt, dont la consistance est plus dure, mais qui s'efface également à la pression. A la partie antéro-interne de la jambe, on voit encore deux petites tuméfactions, l'une au tiers moyen, l'autre au tiers inférieur. Enfin, tout le membre inférieur gauche est le siège d'un œdème dur, dans lequel la pression du doigt produit cependant une dépression en godet. Cet œdème s'arrête au-dessus des malléoles, au niveau de la chaussure. En ce point, la circonférence du membre dépasse de huit centimètres celle du côté opposé, tandis qu'elle lui est supérieure de quatre centimètres seulement au niveau du mollet.

A droite, on trouve dans le pli de l'aine des tumeurs disposées symétriquement par rapport aux précédentes, mais d'un volume moindre. L'une a neuf centimètres sur quatre et l'autre cinq centimètres sur deux centimètres et demi. Leur consistance est également un peu plus dure. Le membre inférieur droit est normal.

La palpation abdominale est négative: l'examen des organes ne révèle rien d'anormal. L'examen chimique et microscopique de l'urine ne révèle rien de particulier.

Pour terminer l'examen de ce malade, j'ajouterai que si les tumeurs s'effacent sous la pression du doigt, elles ne sont cependant pas réductibles et ne diminuent pas le moins du monde de volume. Enfin, quelques-unes des petites vésicules dont elles sont couvertes se sont rompues et ont donné issue à un liquide clair, séreux, un peu jaunâtre, suintant jusqu'à vingt-quatre heures de suite et obligeant le malade à se garnir.

A quelle affection avons-nous affaire? La consistance

mollasse des tumeurs permet de rejeter l'hypertrophie ganglionnaire; leur élasticité et la présence des dilatations variqueuses sur le membre inférieur gauche doit faire écarter l'hypothèse de hernie épiploïque; l'absence d'antécédents tuberculeux, le lieu de naissance et la résidence primitive du malade nous engagent à admettre l'adénolymphocèle produit par la filaire du sang plutôt que l'adénite tuberculeuse. Du reste, le corps du délit a été retrouvé dans le liquide qui suinte par les vésicules ulcérées; M. de Nahias vous en parlera tout à l'heure. Nous sommes donc en présence d'adénolymphocèles et de varices lymphatiques dus à la filaire de Wucherer.

Ces lésions ont été étudiées par M. Lancereaux (De la filariose, *Semaine médicale*, 1889). D'après lui, elles se traduiseut par une hypertrophie des ganglions lymphatiques avec dilatations des vaisseaux intra-ganglionnaires, par la transformation caverneuse du tissu propre du ganglion, par une augmentation considérable du diamètre des lymphatiques en amont et en aval du point où siège la filaire, enfin par l'altération concomitante des lymphatiques superficiels et cutanés.

Adénolymphocèle et varices lymphatiques ne sont pas les seules lésions auxquelles donne lieu la présence de la filaire de Wucherer dans l'organisme. Parmi les autres manifestations de la filariose, je vous citerai : l'hématochylurie, caractérisée par l'émission d'urines tantôt rouges, tantôt blanches comme du lait; l'éléphantiasis, dans lequel on note un épaississement considérable du derme et du tissu cellulaire sous-cutané; l'hydrocèle chyleuse ou chylocèle, ou encore galactocèle, qui se distingue de l'hydrocèle ordinaire par une moindre transparence de l'épanchement; l'ascite chyleuse et le chylothorax; le lymphoscrotum, dont les Anglais ont fait une description spéciale, mais qui n'est constitué en somme que par des varices lymphatiques ayant le scrotum pour siège; le craw-craw, éruption pustuleuse dans le séro-pus de laquelle on retrouve des embryons de filaire; enfin, les abcès, les thromboses et les œdèmes lymphatiques.

Vous voyez que les manifestations de cette maladie sont nombreuses et vous concevez facilement que la gravité n'est pas la même pour toutes. Elle varie suivant le siège du parasite dans l'organisme. Pour le malade que nous avons examiné tout à l'heure, le pronostic ne semble pas très grave. Il faut cependant que vous sachiez à quelles complications ces malades sont exposés. L'écoulement de la lymphe, incessant et abondant, est une cause de profond épuisement; quelquefois, il survient une anémie excessivement grave; mais le principal danger de semblables lésions, c'est l'infection. Les microbes de l'air trouvent dans cette sérosité un excellent milieu de culture; si vous en voulez la preuve, examinez au microscope le liquide recueilli, il y a vingt-quatre heures, chez ce jeune garçon; vous y trouverez une véritable purée de microbes. Aussi les lymphangites sont-elles très fréquentes; elles revêtent même quelquefois un caractère exceptionnel de gravité et peuvent emporter les malades en quarante-huit heures.

Que donne dans ces cas le traitement chirurgical, l'extirpation? Le malade de Nélaton, chez lequel l'extirpation ne put être faite complètement à cause de l'extension de la tumeur, mourut d'angioleucite diffuse phlegmoneuse, et l'intervention chirurgicale fut condamnée par la Société de Chirurgie. Cependant, Billroth guérit son malade par l'extirpation; le fils de Nélaton eut le même succès. On en peut déduire que, dans certains cas, quand le parasite est absolument localisé, on doit essayer le traitement chirurgical, en s'entourant d'une rigoureuse antisepsie. Dans les autres cas, il faut avoir recours à d'autres traitements dont vous parlera tout à l'heure M. le professeur agrégé Sabrazès.

La filaire du sang n'offre pas seulement de l'intérêt par le nombre et la variété des manifestations pathologiques auxquelles elle peut donner lieu chez l'homme, ainsi que vient de vous le montrer M. le professeur Demons. Son histoire naturelle est également fort curieuse et mérite d'être connue, si l'on veut saisir le lien qui rattache entre elles les diverses affections qu'elle est capable de produire et que l'on décrit sous le terme générique de *filariose*.

Pour bien montrer les différentes phases de l'histoire de ce parasite, qui a pris très rapidement une grande importance aussi bien dans le domaine de la médecine que dans celui de l'helminthologie, je suivrai autant que possible l'ordre chronologique dans l'exposé des faits.

La filaire du sang se trouve dans l'organisme humain sous deux états différents : à l'état adulte et à l'état embryonnaire. Or, comme cela est arrivé pour d'autres helminthes, la trichine par exemple, ce sont les embryons qui ont été vus tout d'abord. C'est un chirurgien français, Demarquay, qui en a fait le premier la découverte. Aussi est-ce bien à tort que l'on désigne parfois la filaire du sang sous le nom de *filaire de Wucherer*. La découverte de Demarquay date, en effet, de 1863. En opérant un jeune homme de la Havane atteint d'hydrocèle, il retira par la ponction un liquide blanchâtre, crémeux, qui excita vivement sa curiosité. L'examen microscopique qu'il eut l'idée de pratiquer fut, en outre, une grande surprise. Car, dans le champ de la préparation, on vit de petits animalcules allongés, doués de mouvements très vifs, qui ressemblaient à de petits serpents. Leur corps s'enroulait et se déroulait successivement en projetant dans tous les sens les éléments figurés du liquide qui formait ainsi un véritable tourbillon autour de chaque animalcule.

L'habile chirurgien décrivit et figura ce parasite comme un nématode à l'état embryonnaire.

« Nous avons cru utile de publier ce fait avec les desiderata qui l'accompagnent, dit Demarquay. Si nous avons été dupe d'une erreur, il restera inutile; mais si, comme nous le pensons, il relate une chose nouvelle, des observations ultérieures ne manqueront pas de lui donner toute sa valeur. »

Cette découverte passa inaperçue. Et lorsque trois ans plus tard, en 1866, Wucherer retrouva les mêmes embryons dans les urines d'un malade atteint de chylurie tropicale, il les considéra comme les embryons d'un entozoaire particulier et nouveau dans la science. Dans les années suivantes, le même animalcule fut successivement aperçu, toujours dans des urines chyleuses ou hématochyleuses, par Lewis à Calcutta, par Salisbury aux Etats-Unis, par Cobbold à Port-Natal, par Crevaux à bord de la *Cérès*, au retour de la Guadeloupe. Toutefois, ces observateurs n'attachaient pas encore une grande importance à

la présence de ces embryons chez l'homme, et Salisbury, les considérant même comme des larves de trichine habitant la vessie, leur donna le nom de *trichina cystica*.

Mais, en 1872, Lewis fit entrer l'histoire du parasite dans une nouvelle phase. Il rencontra cette fois l'embryon, non plus dans les urines, mais dans le sang où il semblait vivre, agile et vigoureux, comme dans son élément naturel. Il ne s'agissait plus dès lors d'un parasite vésical, mais d'un véritable hématozoaire. Lewis lui donna le nom de *filaria sanguinis hominis*.

Ces embryons offrent, en effet, des caractères particuliers. Ce sont des animalcules longs de 300 à 310 μ et larges de 7 à 11 μ. Arrondis en avant et effilés en arrière, ils présentent une zone granuleuse centrale, sans différenciation d'organes digestifs ou reproducteurs, et sont pourvus d'une sorte de gaine ou étui transparent dans lequel ils peuvent se mouvoir avec vivacité. La présence de cet étui et l'absence de toute différenciation d'organes, témoignant d'une organisation rudimentaire, concordaient mal avec l'assimilation faite par Salisbury avec des larves de trichine qui sont, comme on sait, les plus perfectionnées parmi les larves des divers nématodes parasites de l'homme. Aussi le nom de *filaria sanguinis hominis* fut-il accepté d'emblée.

Lewis remarqua, en outre, que les malades qui présentaient la filaire du sang étaient atteints soit de chylurie, soit de varices lymphatiques ou d'éléphantiasis des Arabes, et que les embryons pouvaient être observés dans le sang, l'urine ou dans le liquide exsudé des tissus dans les cas de lymphorragie cutanée.

Par une sorte d'intuition géniale, Lewis en conclut que la chylurie, l'éléphantiasis, le lympho-scrotum, etc., étaient des affections connexes en rapport avec la présence de la filaire dans le sang et que la cause de ces affections devait être une gêne mécanique apportée par le parasite à la circulation de la lymphe.

Cette idée de Lewis ne tarda pas à être acceptée par Patrick Manson, médecin de la douane chinoise d'Amoy. Ce dernier observateur, qui devait s'illustrer par des travaux remarquables sur la filaire du sang, pensa que les embryons ne devaient pas être seuls en cause dans la pathogénie des accidents connus et affirma, guidé par l'analogie des faits observés chez les chiens atteints de *filaria immitis*, que les adultes qui avaient échappé jusque-là à toutes les recherches devaient aussi se rencontrer dans l'organisme, où ils donnaient directement naissance aux embryons que l'on observait si facilement. Les adultes habitaient probablement dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques où leur présence déterminait, directement ou par une inflammation consécutive, l'oblitération des troncs lymphatiques et, comme conséquence de cette oblitération, il se produisait un arrêt du cours de la lymphe suivi de la dilatation ou de la rupture des vaisseaux afférents, et suivant le siège de l'obstruction, finalement, on voyait apparaître les varices lymphatiques, l'adénolymphocèle, l'éléphantiasis, l'hydrocèle chyleuse, la chylurie, etc.

Ces prévisions de Manson ne devaient pas rester purement théoriques.

En 1877, Bancroft, médecin australien, découvrit la filaire adulte dans un abcès lymphatique du bras. C'est d'ailleurs pour rappeler cette découverte que les zoologistes désignent aujourd'hui la filaire du sang sous le nom de *filaria Bancrofti*, en laissant de côté le terme de *filaria sanguinis hominis* qui, étant trinominal, n'est pas conforme aux règles de la nomenclature. A partir de ce moment, les constatations se succèdent. Lewis dans l'Inde, Sylva Araujo et Felicio dos Santos au Brésil, Patrick Manson en Chine, retrouvent tour à tour le parasite adulte. Mais il appartenait encore à ce dernier de fixer son habitat réel. Était-ce le tissu conjonctif, le tissu musculaire ou, comme il l'avait déjà prévu, les vaisseaux lymphatiques? En 1881, en opérant un lympho-scrotum, Manson mit à jour un ver incomplet, encore contenu dans un vaisseau lymphatique. Cette observation venait ainsi démontrer l'habitat de la filaire adulte dans le système lymphatique et prouver en même temps son influence sur la production des lésions de ce système.

Les filaires adultes observées dans ces différents cas étaient toutes des femelles. De couleur blanche, de forme arrondie, d'une longueur de huit à dix centimètres, sur un diamètre de trois millimètres au maximum, elles ressemblaient à un fil, et, de fait, c'est à un fil de catgut qu'on les a tout d'abord comparées. La tête, de forme arrondie, se continue sans ligne de démarcation avec le reste du corps qui se termine en pointe. Le tube digestif s'étend en droite ligne jusqu'à l'anus situé à un quart de millimètre de la queue et, comme dans les autres filaires, l'orifice vaginal se trouve au voisinage immédiat de la tête. Au tube vaginal font suite deux ovaires tubuleux qui s'enroulent le long du corps, tout autour du canal digestif. Ces ovaires renferment des œufs et des myriades d'embryons à tous les degrés de développement. Ces embryons sont semblables à ceux que l'on trouve dans le sang. Parfois, la femelle pond des œufs, mais ceux-ci, dont le diamètre s'élève parfois à 35 μ, sont arrêtés par les ganglions lymphatiques; les embryons dont le diamètre n'est que de 7 à 11 μ peuvent seuls les traverser et pénétrer dans le torrent circulatoire.

Les femelles n'existent pas seules dans l'organisme humain. On y trouve aussi les mâles qui les fécondent. Le mâle a été trouvé pour la première fois à côté d'une femelle, dans le ventricule gauche du cœur, par Figueira de Saboia.

Plus petit que la femelle, comme c'est le cas général chez tous les nématodes, le mâle est d'aspect capillaire, blanchâtre, long tout au plus de sept à huit centimètres et présentant, comme les animaux de ce groupe, la partie postérieure enroulée en spirale avec deux spicules inégaux.

On connaissait donc les embryons et les filaires adultes. Il fallait encore révéler le cycle évolutif de ce ver et déterminer de quelle manière il s'introduisait dans l'organisme. C'est encore à Manson que revient le mérite d'avoir élucidé ce cycle d'évolution qui n'est pas la partie la moins curieuse de l'histoire de ce parasite.

Manson avait fait la remarque que les embryons de filaire ne se montrent dans le torrent circulatoire que la nuit. Pendant le jour, les embryons ne s'observent plus dans le sang ou du moins disparaissent de la circulation périphérique. C'est vers sept heures du soir qu'ils commencent à apparaître et vont en croissant jusqu'à minuit, heure à laquelle ils fourmillent dans le sang, puis leur nombre décroît progressivement et, vers neuf ou dix heures du matin,

il ont complètement disparu. Leur apparition et leur disparition périodiqnes dans le sang coïncident avec les alternatives de sommeil et de veille, à tel point qu'en intervertissant les beures de sommeil et de veille, on produit une interversion corrélative des heures de migration des parasites qui se montrent alors dans le sang pendant le jour et en disparaissent pendant la nuit.

Quelle est la raison de cette intermittence? Les embryons séjournent-ils pendant le jour dans les vaisseaux profonds ou bien sont-ils détruits ou rejetés dans l'urine, après quelques heures de circulation, pour être remplacés la nuit suivante par le produit d'une ponte nouvelle? On ne sait au juste, mais Manson supposa que, pour pouvoir continuer leur évolution, les embryons devaient passer par un hôte intermédiaire, leqoel, étant données les mœurs singulières des embryons, devait se nourrir du sang de l'homme pendant le sommeil de la nuit. Cet hôte intermédiaire, n'était-ce pas le moustique, si avide de sang humain?

Dans une chambre qu'il eut le soin d'éclairer à l'entrée de la nuit pour attirer ces insectes, Manson enferma un Chinois dont le sang fourmillait d'embryons de filaire. Le Chinois fut fortement piqué pendant la nuit, et le lendemain matin, en venant lui rendre sa liberté, Manson constata la présence de nombreuses femelles de moustiques sur les murs, les tables et les différentes parties de la chambre. Elles étaient en quelque sorte dans la torpeur, comme alourdies par un repas trop copieux. Il en ramassa un certain nombre pour pouvoir pratiquer les jours suivants des examens successifs.

C'est la femelle seule qui se nourrit du sang de l'bomme. Le mâle, qui ne vit guère que pour la fécondation, possède un appareil buccal insuffisant pour transpercer la peau humaine. Avec les globules sanguins, la femelle du moustique avale également des embryons de filaire; il semble même qu'elle soit capable de choisir des embryons dans le sang, car le nombre qu'on trouve dans la gouttelette de sang que renferme son estomac après la succion est proportionnellement supérieur à celui que contient une égale quantité de sang prise sur le malade. Manson a pu ainsi compter plus de cent vingt embryons dans l'estomac d'un seul insecte.

Que deviennent les embryons dans le corps du moustique? Il en est quelques-uns qui meurent, mais d'autres continuent leur développement. Ils perdent la gaine qui les enveloppait; un tube intestinal se différencie au sein de la colonne centrale granuleuse et les organes sexuels eux-mêmes commencent à paraître. Ces métamorphoses s'accomplissent dans l'espace de trois à quatre jours. Pendant ce temps, la femelle du moustique a mûri ses œufs; elle sort de la torpeur dans laquelle l'avait plongée la digestion pénible de son repas, et elle vient s'abattre sur l'eau où elle ne tardera pas à mourir après avoir assuré sa ponte. Mais, à ce moment, les larves de filaire sont capables de vivre d'une vie indépendante. Elles sortent du corps de l'insecte et tombent dans l'eau où elles séjournent jusqu'au jour où le basard les aura introduites avec la hoisson dans le tube digestif de l'homme. Là, elles continueront leur développement, deviendront, les unes des mâles, les autres des femelles, s'accoupleront on ne sait où et finalement passeront dans le système lymphatique d'où sortiront les embryons qu'on observera plus tard dans le sang.

Tel est le cycle curieux des migrations que présente la filaire du sang. Ce cycle n'a rien d'invraisemblable, étant donné que chez d'autres belminthes, on trouve des migrations aussi compliquées et que, pour la filaire de Médine notamment, Fedchenko a considéré les cyclopes comme les hôtes intermédiaires de ces embryons. D'un autre coté, ce cycle rend compte de cette observation ancienne que les sources d'infection sont les eaux stagnantes où vont mourir les insectes et qui, bues sans être filtrées par les indigènes ou par les voyageurs, transportent dans l'organisme le ver déjà en voie de maturation. On s'explique ainsi l'endémicité de l'éléphantiasis et des autres affections filariennes dans les localités marécageuses, près des plages basses, si fréquentées par les moustiques.

Cependant, plusieurs observateurs avaient indiqué la présence d'embryons dans le sang aussi bien le jour que la nuit, et ces constatations paraissaient contraires au cycle établi. Mais Manson a de nouveau établi qu'il existait plusieurs filaires parasites du sang de l'homme; telles sont :

1° *Filaria Bancrofli.* C'est celle que nous venons d'étudier. C'est pendant la nuit, durant le sommeil, que les embryons se rencontrent dans le sang périphérique. Aussi Manson donne-t-il actuellement à la filaire de Bancroft le nom de *filaria nocturna.* C'est elle seule qui cause la filariose, c'est-à-dire, d'une part, l'éléphantiasis des Arabes, les tumeurs lymphatiques du scrotum, les varices lymphatiques des membres, l'adénolymphocèle et, d'autre part, mais plus rarement, l'bémato-chylurie, l'ascite et l'hydrocèle chyleuses. Elle est endémique dans une zone de 35° à 40° de latitude au nord et au sud de l'équateur. Elle est surtout commune aux Antilles, à la Guyane, au Brésil, aux Indes, en Australie, en Cbine, mais on l'a signalée aussi aux Etats-Unis, en Egypte, en Algérie, au Japon et à la Nouvelle-Calédonie.

2° *Filaria diurna,* que l'on cberche actuellement à identifier avec la *filaria Loa* de Guyot, qui vit d'ordinaire entre la conjonctive et le globe oculaire et que l'on trouve parfois dans d'autres régions du corps, notamment sous la peau des doigts.

Les embryons paraissent être entièrement semblables à ceux de la filaire de Bancroft, mais, à l'inverse de ces derniers, ne se montrent dans le sang périphérique que pendant le jour. Les individus qui présentent ce parasite n'en sont nullement incommodés et semblent se comporter comme des individus parfaitement sains.

3° *Filaria perstans.* L'adulte n'a pas encore été trouvé. Les embryons, de très petite taille, trapus et dépourvus de gaine, circulent dans le sang à toute beure du jour et de la nuit. C'est à cette filaire qu'on tend à attribuer la *léthargie des nègres* ou *maladie du sommeil,* ainsi que le *craw-craw,* éruption papulo-vésiculeuse qui complique fréquemment la *maladie du sommeil.* On trouve les embryons de *filaria perstans* aussi bien dans la sérosité des papules que dans le sang des malades.

Les zoologistes descripteurs ont encore créé d'autres espèces de filaires parasites de l'homme; mais leur histoire est trop fragmentaire pour qu'il en puisse être question ici.

Ce qu'il importe de savoir, c'est que, malgré les points qui restent encore obscurs, la doctrine de la filariose paraît définitivement fondée.

Si nous en faisons l'application au jeune malade que vient de nous présenter M. Demons, nous voyons qu'il y a lieu de mettre en relief les deux particularités suivantes :

1° Ce malade est-il capable de nous transmettre sa maladie ? Non, car les embryons que présente ce malade sont condamnés à une mort certaine. Ils ne peuvent continuer leur évolution, en effet, que grâce aux moustiques. Ils meurent dans le corps des autres insectes qui peuvent s'attaquer accidentellement à la peau de l'homme. Or, les moustiques qui leur servent d'hôte dans des contrées tropicales n'ont point encore été signalés chez nous. La dissémination de la filariose est ainsi liée à la distribution géographique d'un moustique. C'est là, il faut en convenir, un procédé curieux employé par la nature pour assurer la reproduction de l'espèce et pour mettre en même temps un terme à sa fécondité.

2° Ce malade ne présente pas d'embryons de filaire dans son sang. Malgré les nombreux examens pratiqués pendant la nuit, on n'a pu réussir à en découvrir un seul: on ne les trouve que dans le liquide contenu dans les vésicules qui font saillie à la partie supérieure du membre inférieur.

Cette notion permet d'affirmer tout d'abord qu'il existe une obstruction totale des vaisseaux lymphatiques au niveau des ganglions de l'aine, ainsi que l'a déjà établi M. le professeur Demons. Si l'obstruction n'était que partielle, il est évident que les embryons pénétreraient dans le torrent circulatoire.

Dans les cas d'obstruction complète, dit Manson, la lymphe accumulée dilate tellement les vaisseaux qu'ils arrivent à se rompre, et il en résulte une lymphorragie plus ou moins permanente. Alors la lymphe ne stagne pas complètement, mais circule en rétrogradant et reste fluide. Les symptômes qui se produisent en pareille circonstance sont la lymphorragie du scrotum ou de la jambe et l'engorgement des ganglions. On rencontre les embryons dans ces derniers : on en trouve peut-être dans l'écoulement de la lymphe, mais jamais dans le sang. C'est bien ce qui a lieu chez notre malade.

Parfois, il ne se produit pas de rupture des lymphatiques; la lymphe stagne complètement et s'accumule dans les tissus voisins des ganglions. Ceux-ci s'indurent, les tissus aussi, et l'éléphantiasis apparaît. Cette dernière affection peut d'ailleurs reconnaître une tout autre cause, mais nous n'avons pas à insister sur ce sujet...

D'un autre côté, du fait que les embryons n'existent pas dans le sang, on peut admettre que les filaires adultes se trouvent toutes en amont des ganglions inguinaux obstrués. Puisqu'elles sont ainsi localisées, ne pourrait-on pas les atteindre ? Les insuccès des interventions chirurgicales sont dus, en général, à la multiplicité des filaires et à leur dissémination dans l'organisme. Il n'en est point ainsi dans le cas actuel. Mais, à défaut d'intervention sanglante, ne pourrait-on pas, tout au moins, faire circuler des antiseptiques dans les territoires lymphatiques, comme on le fait aujourd'hui si facilement dans les veines ? En réalité, si l'on songe qu'on ne peut fonder non plus de très grandes espérances encore sur le traitement médical, nous devons avouer que nous sommes désarmés contre la filariose.

Telles sont, Messieurs, les considérations que j'ai cru devoir vous présenter au sujet de la filaire du sang. Je cède la parole à M. Sabrazès qui va maintenant vous exposer en détail le côté technique de la filariose.

L'adénolymphocèle que vous venez d'observer traduit extérieurement un état d'obstruction des *voies lymphatiques du membre inférieur gauche*. Il ne faudrait pas croire que le simple examen de cette tumeur inguino-crurale, qui se présente à vous avec des caractères objectifs si caractéristiques, j'allais dire spécifiques, puisse vous permettre de remonter d'emblée à sa cause. Le diagnostic causal ne saurait être fait à première vue. Il repose sur les anamnestiques : séjour dans un pays ou la filariose est endémique (1), manifestations symptomatiques du même ordre, hémato-chylurie, hydrocèle chyleuse, etc.: mais il s'appuie essentiellement sur la constatation du parasite.

Sous quelle forme allez-vous le rechercher ? Dans l'organisme infesté sont des filaires adultes et des embryons. Les stades intermédiaires du développement de la filariose se passent à l'intérieur d'un autre hôte (certaines espèces de moustiques femelles).

Les filaires adultes (femelles et mâles) peuvent être très nombreuses. Maitland, à Madras, en a retiré 8 (3 mâles et 5 femelles) d'une varicosité lymphatique du bras. Elles sont généralement tapies en des points très éloignés des lymphangiectasies cutanées, parfois dans les gros vaisseaux sanguins et même dans le cœur. Figueira de Saboia a trouvé, sur un cadavre, un mâle et une femelle dans le ventricule gauche. Ne comptez donc pas sur la découverte des filaires adultes à la surface des lésions soumises à votre examen : on les rencontre accidentellement, par un hasard heureux, au cours des interventions chirurgicales; ce sont aussi le plus souvent des trouvailles d'autopsie. Malgré leurs dimensions relativement considérables (elles mesurent sept à huit centimètres de longueur et ont l'épaisseur d'un fil), vous n'aurez que très rarement l'occasion de voir des filaires adultes chez l'homme.

La recherche des embryons est, en revanche, des plus faciles, quelles que soient les modalités symptomatiques de la filariose, éléphantiasis, hydrocèle chyleuse double, ascite chyleuse, hémato-chylurie, éruptions papulo-vésiculeuses (craw-craw), hémoptysies, etc.

Ces embryons ont des dimensions beaucoup plus grandes que les parasites microbiens qui vous sont familiers; leur longueur est de 200 à 250 μ. Ils ressemblent grossièrement à un minuscule serpent, ont une extrémité renflée et une partie terminale effilée en pointe. Leur mobilité sur place, leurs mouvements un peu lents d'inflexion sur leur axe et de détente ne permettent plus de les oublier quand une fois on les a vus. Pour les dépister, vous procéderez de la façon suivante :

Existe-t-il, comme dans le cas présent d'adénolymphocèle, une lymphorragie par rupture de l'une des minimes vésicules du revêtement cutané de la tumeur : il vous suf-

(1) La filariose autochtone a été très rarement constatée en Europe (Espagne, Italie).

fira de recueillir et d'étaler rapidement sur une lame, à l'état frais, une grosse goutte de lymphe. Explorez rapidement la préparation, sans la recouvrir d'une lamelle. Vous voyez qu'à l'aide d'un faible grossissement de 45 diamètres, il vous est facile de trouver un à deux embryons dans chaque goutte examinée: les mouvements de ces embryons trahissent immédiatement leur présence. La méthode de recherche est la même quand il s'agit d'un liquide d'hydrocèle ou d'ascite chyleuse ou encore d'urine hémato-chylurique, etc.

Si on vous apporte dans un flacon le liquide qui s'écoule par la fistule lymphatique ou qui a été retiré des cavités vaginale ou péritonéale, vous le verrez séparé en deux couches; la partie qui surnage est liquide; les coagulations sont au fond du récépient. Gardez-vous de puiser à la pipette le liquide séreux; la recherche de l'embryon serait infructueuse; prenez plutôt une parcelle du coagulum et vous y verrez de véritables pelotons d'embryons plus ou moins mobiles; autour d'eux s'est déposé le réticulum de fibrine dans les mailles de laquelle le parasite est enserré et, pour ainsi dire, étouffé.

Pour observer les embryons vivants et mobiles, il faut déposer la goutte qui les contient sur une lamelle et la renverser au niveau d'une lame creuse, *en goutte pendante;* en lutant à la paraffine, on évite une dissiccation rapide et on peut conserver des embryons vivants, pendant plusieurs jours, dans ces conditions.

Si la peau qui recouvre les lésions éléphantiasiques est intacte, vous ne pourrez pas recueillir directement le liquide à examiner; il faut faire une ponction à l'aide d'une petite seringue stérile ou d'une pipette de Pasteur. Mais ces ponctions ne sont pas toujours absolument inoffensives, car l'écoulement de la lymphe peut être intarissable; vous avez créé une fistule lymphatique dont la compression ne viendra pas toujours à bout et, de plus, c'est là une porte ouverte à l'infection si facile des voies lymphatiques. Soyez donc très réservés à l'égard de ce procédé; ne le mettez en pratique que comme *pis aller*. Je vous ferai la même remarque au sujet des épanchements chyleux; mais l'infection est ici moins à craindre, puisqu'il s'agit d'une ponction aseptique dans une cavité close.

Cette recherche microscopique est donc le plus souvent très simple et à la portée de tout le monde. Mais il faut que vous sachiez que parfois elle échoue; dans ces cas — relativement rares — la lymphe, les épanchements chyleux, les urines hémato-chyluriques, contiennent un trop petit nombre d'embryons pour que l'examen de quelques gouttes du liquide pathologique permette de les rencontrer. Vous tournerez alors la difficulté en filtrant le liquide. Les filtres en papier laissent passer à travers leurs pores de nombreux éléments figurés, hématies, microbes, etc. Mais les embryons de filaire, vu leurs grandes dimensions, sont arrêtés et restent sur le filtre; il vous sera facile de les y recueillir et de les voir par l'examen microscopique.

Vous savez quelles sont les migrations des embryons; ils se répandent le plus souvent *pendant la nuit (filaria nocturna)*, exceptionnellement pendant le jour *(filaria diurna)*; dans d'autres cas encore, à tout instant *(filaria perstans)*, dans la circulation générale, à moins que l'obstruction des lymphatiques ne soit absolument complète dans les régions malades. Vous pouvez donc, par l'examen du sang, trouver les embryons et faire le diagnostic, ce qui vous dispense de ponctionner les lésions éléphantiasiques lorsqu'il s'agit de ce type morbide.

Comment ferez-vous l'examen du sang? Piquez aseptiquement la pulpe d'un doigt *pendant le sommeil du malade*; examinez sur des lames recouvertes d'une lamelle, rapidement, pour éviter la dessiccation, les gouttes de sang qui s'échappent de la piqûre. Un grossissement de 45 diamètres vous suffira pour voir comme un *remous* en un point limité de la préparation; les mouvements d'oscillation des globules sont dus à la présence de l'embryon ou des embryons mobiles; leur nombre est parfois très grand dans un seul champ du microscope. En tournant le revolver qui supporte les objectifs du microscope, vous verrez, à un plus fort grossissement, les détails de structure de l'embryon. En lutant vos préparations, vous conserverez le parasite vivant pendant plusieurs heures. Le diagnostic sera donc confirmé par l'examen du sang. Les autres hématozoaires ne sauraient vous induire en erreur; les embryons de l'anguillule stercorale de certaines formes de dysenterie passent parfois dans le sang; ils pourraient vous donner le change par suite de leur similitude assez grande avec les embryons de filaires, mais la présence dans les selles, en très grande abondance, d'anguillules adultes, d'embryons et d'œufs évitera toute confusion.

Vous voilà donc en mesure de rechercher les embryons de filaire.

Pour avoir des préparations persistantes, permettant d'étudier la structure intime du parasite, il faut recourir à une autre méthode.

Etalez en couche très mince sur une lame un grumeau chyleux ou une goutte de sang contenant des embryons (ainsi que vous l'a démontré un premier examen rapide à un faible grossissement); placez-la sous une cloche contenant un flacon ouvert d'acide osmique à 2 0/0. Au bout de cinq minutes, les éléments anatomiques sont fixés dans leur forme. Colorez la préparation, en déposant à sa surface du carmin boraté de Gibbes; traitez-la par un mélange d'alcool (100) et d'acide chlorhydrique (1) pendant quelques secondes, et, après lavage dans des alcools progressivement hydratés, immergez-la dans une solution aqueuse de bleu de méthylène. Montez dans le baume au xylol, suivant les procédés usuels, et vous pourrez ainsi étudier la structure des embryons.

Par cette méthode, les embryons sont colorés en bleu, tandis que la cuticule qui forme l'étui transparent sur le vivant se présente en rose. A l'examen microscopique, ces embryons ne présentent pas de tube digestif ni d'appareils reproducteurs différenciés. Mais on voit nettement qu'ils sont constitués par une colonne de très petites cellules à noyau bien coloré par le bleu de méthylène. Cette colonne cellulaire, qui constitue essentiellement le corps de l'embryon, ne remplit pas entièrement la gaine d'enveloppe, surtout en avant, et elle est interrompue vers le tiers antérieur par un espace clair qui correspond peut-être à la place de la vulve de la femelle adulte ou à une particularité du tube digestif (1). Cylindrique dans les régions

(1) Cette particularité, signalée par MM. de Nabias et Sabrazès en 1892, a été retrouvée par Firket (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 29 juin 1895).

médiane et antérieure, la colonne des petites cellules bleues va en diminuant progressivement d'épaisseur vers l'extrémité de la queue de l'embryon.

Tels sont les procédés que vous mettrez en vigueur pour diagnostiquer la filariose. Le diagnostic importe surtout au point de vue du pronostic de l'affection, dont la marche progressive aboutit trop souvent aux difformités monstrueuses de l'éléphantiasis des Arabes.

En matière de traitement, force est de faire un aveu d'impuissance. M. le professeur Demons vous a montré les difficultés et les dangers du traitement chirurgical; peut-être cependant, dans le cas particulier qui nous occupe, quand l'obstruction des lymphatiques d'un membre est complète et que l'immigration des embryons de filaire dans le sang n'a plus lieu, pourrait-on espérer qu'en faisant l'ablation de l'adénolymphocèle on extirperait, avec la tumeur, les filaires adultes qu'elle contient plus ou moins profondément. Mais souvent la multiplicité des filaires adultes et leur dissémination rend l'intervention incomplète et illusoire.

Les moyens purement médicaux sont également inefficaces, et je ne vous énumérerai pas les parasiticides qui se sont disputé tour à tour une faveur éphémère. Laissez-moi cependant vous signaler une tentative thérapeutique, moins décourageante que les autres et plus inoffensive; elle repose sur l'avidité des cellules de l'embryon de filaire pour les couleurs basiques d'aniline et en particulier pour le bleu de méthylène. En faisant absorber du bleu de méthylène aux malades atteints de filariose, on agirait sur la vitalité des embryons en les pigmentant. Un auteur américain, Flint (1), a traité par le bleu de méthylène à la dose de 36 centigrammes, en trois capsules, prises à quatre heures d'intervalle et incorporées à de la noix muscade pulvérisée pour diminuer l'action irritante sur le rein, un cas de chylurie filarienne. Les embryons disparurent dans l'urine sous l'influence du traitement et reparurent quand on eut cessé d'administrer le bleu de méthylène. La guérison fut obtenue et, un an après, il ne fut plus trouvé d'embryons ni dans les urines, ni dans le sang. Ces faits demandent confirmation.

En terminant, je veux attirer votre attention sur un fait des plus curieux. P. Manson et Firket ont montré que les nègres du Congo peuvent avoir dans le sang des embryons de filaire, sans présenter le moindre trouble morbide. La découverte des embryons est une simple trouvaille d'examen. S'agit-il dans ces cas de filariose spéciale ou bien est-ce une filariose latente, le nombre des parasites adultes étant insuffisant pour provoquer des obstructions lymphatiques appréciables ? Je me rattacherais plus volontiers à cette dernière interprétation; il est probable qu'un bon nombre de ces sujets, sains en apparence, dans le sang desquels on rencontre des embryons de filaires, sont des candidats à l'éléphantiasis et aux autres déterminations morbides du même ordre. Ce sont là des cas de parasitisme latent qui doivent être rapprochés des états de microbisme latent actuellement bien connus.

(Arch. clin. de Bordeaux.)

(1) Flint : *New-York med. Journ.*, 15 juin 1895.

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Syphilis et mariage.

La syphilis est une affection qui, plus que toute autre, peut-être, doit sérieusement être envisagée au point de vue de ses conséquences sociales. C'est là une vérité qui n'a jamais souffert de contestations, et c'est en partant de ce principe que le professeur Fournier a consacré un volume remarquable au mariage des syphilitiques.

A son tour, dans le *Therapeutische Monatschrift* (août 1896, n° 8), **Lesser** reprend cette importante question. Quand un syphilitique peut-il se marier ? A quel moment le médecin peut-il se croire le droit de lui en donner l'autorisation ? Ce côté du rôle social du médecin nous semble avoir assez d'importance pour que nous donnions ici le résumé des conclusions auxquelles aboutit l'auteur allemand.

Ce dernier divise son travail en deux parties. Dans la première, il étudie la survenue possible d'accidents tertiaires. Dans la seconde, il s'occupe de la transmission de la syphilis à la femme et aux enfants.

En ce qui concerne le premier point, l'auteur fait remarquer que les syphilitiques bien soignés ont relativement peu d'accidents tertiaires. Personne en effet n'ignore l'influence du traitement sur la marche de la syphilis à la période tertiaire. Personne n'ignore quels accidents il est possible de conjurer par une médication bien dirigée.

Du reste, Lesser a une fort heureuse comparaison pour expliquer dans quelle mesure ces accidents tertiaires sont à redouter. Il les rapproche de l'hérédité tuberculeuse et de l'hérédité cancéreuse. On se trouve, dans l'un et l'autre cas, bien plus en présence de prédispositions qu'en présence de lésions devant fatalement se produire. C'est donc bien plutôt à des moyens palliatifs que l'on s'adressera qu'à des moyens curatifs, et c'est à ce titre qu'agit le traitement antisyphilitique, lorsqu'il y a lieu de conjurer les accidents tertiaires.

Eviter les accidents tertiaires est en effet d'une importance capitale. Ne sait-on pas la rapidité de leur évolution ? Ignore-t-on avec quelle hâte il faut intervenir, aussitôt qu'on les voit se dessiner ? Chez un syphilitique marié, les accidents tertiaires sont plus redoutables encore par suite de leurs conséquences possibles. Telle localisation malheureuse est capable d'aboutir à la suppression matérielle, ou tout au moins fonctionnelle d'un organe sans lequel il devient impossible de gagner sa vie. Le syphilitique alors non seulement ne peut plus s'acquitter de ses devoirs de famille, mais il devient une charge pour tous ceux qui l'entourent.

On voit donc les considérations qu'implique la possibilité d'accidents tertiaires chez les syphilitiques. Leur rareté relative d'une part, leur gravité souvent très marquée d'autre part, font que le syphilitique peut se marier, à condition toutefois de ne jamais oublier qu'il ne lui est pas permis de négliger le traitement qui lui est imposé.

Lesser aborde ensuite la question de la transmission de la syphilis à l'enfant. Ici il envisage séparément le problème chez l'homme et chez la femme, et il accorde plus facilement l'autorisation du mariage à l'homme qu'à la femme.

Chez la femme, dit l'auteur, l'infection syphilitique atteint tous les ovules formés déjà à la puberté. L'ovule peut être infesté depuis longtemps, sans que pour cela sa fécondation ultérieure offre de sérieuses garanties. Au contraire, il peut, de longues années après l'infection, donner naissance à un enfant syphilitique. Les spermatozoïdes, au contraire, se renouvelant incessamment, il n'y a pas à craindre que le spermatozoïde fécondant un ovule, dix ans après l'infection syphilitique, soit encore sous

le coup de cette infection. Chez l'homme donc, à mesure que s'atténue l'infection syphilitique, à mesure aussi s'atténue la possibilité de la transmission héréditaire de cette maladie.

Ce qui domine donc la question du mariage chez les hommes syphilitiques, c'est la durée de la contagiosité de la syphilis. C'est toujours à cette formule que les praticiens amènent la question de la syphilis de l'homme et du mariage. Bien rarement on les voit rejeter chez l'homme syphilitique toute idée de mariage, mais ils se préoccupent toujours du moment où ce mariage pourra se faire sans danger. Le problème ne laisse pas que d'être peu aisé à résoudre, et les chiffres qu'on a donnés pour mesurer le temps à partir duquel le mariage devient possible chez le syphilitique ne sont que des moyennes variables avec les individus.

Ce qui ne fait plus de doute pour personne, c'est la contagiosité des accidents secondaires. Ce qui est admis, d'autre part, c'est la non-contagiosité des accidents tertiaires. Ce sont déjà là des données sur lesquelles il est bon de pouvoir se baser. La clinique apprend d'ailleurs qu'après trois ans d'ordinaire la syphilis a perdu sa contagiosité, à condition naturellement d'être sérieusement traitée. Si l'on prend ordinairement le chiffre de trois ans comme moyenne, il ne manque pas d'auteurs qui montent jusqu'à quatre ans, terme souvent marqué et admis. Lesser, lui-même, s'empresse de montrer combien sont nombreuses les exceptions à la moyenne de trois ans. C'est pourquoi il engage à ne permettre le mariage que cinq ou six ans après l'infection, chez un syphilitique dont l'infection aura évolué normalement. Bien entendu, l'apparition d'accidents secondaires vers la troisième ou quatrième année de la syphilis fera reculer le mariage plus ou moins loin.

Le dernier point qu'étudie l'auteur est celui de savoir si le mariage pourra être permis aux syphilitiques qui auront été pendant un à deux ans indemnes de tout accident. Il résout la question en considérant la nature des accidents. Leur nature secondaire devrait engager à de fortes précautions. Les accidents tertiaires, au contraire, signifient que la syphilis est sortie de sa période infectieuse.

On voit quelle complexité revêt l'étude des rapports de la syphilis et du mariage. On voit surtout la difficulté d'arriver à des formules précises, et la nécessité pour le médecin de bien s'enquérir de chaque cas particulier avant de prendre une décision et de se prononcer.

Pneumotomie dans la phtisie.

Quincke (*Mittheil. aus dem Grenzgebiete d. Mediz. und Chir.*, 1896) s'est occupé du traitement chirurgical des cavernes tuberculeuses du poumon. On sait que l'intervention chirurgicale, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, a été déjà tentée, mais que les succès se comptent encore. Le plus souvent, cette intervention a été faite au début de l'affection; plus rarement l'on s'est attaqué au mal arrivé à la période des cavernes.

Quincke reconnaît quatre modes d'intervention différents : les ponctions avec injections antiseptiques, l'ouverture de la cavité, l'extirpation des parties malades, la mobilisation du thorax par résection costale.

Il examine les quatre cas, et voici les réflexions que leur étude lui inspire. Le premier procédé doit être délaissé. Il ne donne guère de résultats. Si la sécrétion était temporairement diminuée, la tuberculose n'en suivait pas moins son évolution.

Le second procédé consiste à ouvrir la caverne et à établir une fistule. Sur onze cas que cite l'auteur, deux fois seulement la guérison a été définitive et s'est maintenue depuis le moment de l'opération jusqu'à ce jour, soit pendant une période de cinq ans.

Extirper le foyer tuberculeux, c'est s'exposer à peu de chance de réussite. Le cas de Tuffier, qui a été suivi d'une guérison complète, est celui qui mérite d'être cité comme exemple. Mais beaucoup d'auteurs ne veulent pas se risquer à entreprendre cette opération, surtout depuis que Reclus a rapporté quatre cas de mort dépendant de ce mode d'intervention.

Reste le quatrième cas, et vu les inconvénients que les autres modes de traitement entraînent à leur suite, c'est à ce dernier que Quincke s'arrête le plus volontiers. Il s'agit de la mobilisation du thorax par résection costale au niveau de la caverne.

Quincke, comparant les cavernes pulmonaires, qui ne sont en somme que des abcès tuberculeux du poumon, aux abcès pulmonaires en général, montre que, pour lui, ce qui empêche la cicatrisation d'un abcès pulmonaire par accolement cicatriciel des parois, c'est la stase des sécrétions à l'intérieur de la cavité et la rigidité de la paroi thoracique qui s'oppose à la rétraction. Si la première cause se voit surtout dans les abcès de la partie inférieure du poumon, la seconde, au contraire, est surtout efficace dans ceux de la partie supérieure. C'est pourquoi l'auteur fait une résection costale devant la caverne, c'est-à-dire portant sur la deuxième et la troisième côtes. Il arrive ainsi à éviter l'effet produit par la rigidité de la paroi thoracique.

Le seul reproche vraiment sérieux à faire à la résection costale, c'est qu'elle peut laisser un point faible où se produira une hernie du poumon. Un pansement ou une pelote pourront toutefois s'opposer à cet accident.

Quincke conseille de ne pas faire une résection sous-périostée, mais bien d'enlever le périoste sur deux ou trois centimètres de long.

Avant de préciser les modes d'intervention, Quincke reconnaît qu'il faudrait préciser les cas qui se prêtent à cette intervention. Mais c'est là encore trop demander et, comme le dit l'auteur, on ne peut souvent intervenir qu'à titre d'essai.

Toutefois, il est naturel que c'est la tuberculose circonscrite qui se prête le plus à ces interventions. C'est là que le chirurgien sera le plus à même de favoriser la tendance de la caverne à la cicatrisation. Et c'est bien le but que l'on doit se proposer, ainsi que le dit nettement l'auteur. Il faut beaucoup plus avoir en vue la solution de cette question que l'écoulement des sécrétions. Aussi la phtisie fibreuse est-elle, au premier chef, justiciable de la mobilisation du thorax, beaucoup plus efficace que l'ouverture des cavités purulentes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre.

Sphacèle sus-annulaire rétrograde dans les hernies étranglées.

M. Peyrot rapporte l'observation suivante qu'il a eu l'occasion de recueillir dans son service de l'hôpital Lariboisière.

Un individu ressentait de vives douleurs, depuis quelques jours, au niveau d'une ancienne hernie, irréductible et volumineuse. La santé générale laissait beaucoup à désirer : affaiblissement, teint subictérique, etc. L'opération fut naturellement jugée urgente, et elle montra un intestin sphacélé bien au-dessus du siège de l'étranglement. Cet étranglement était dû à l'épiploon qui adhérait à l'intestin et s'était engagé dans l'anneau herniaire en se repliant vers le haut. L'intestin était donc comprimé dans sa boucle.

L'orateur rappelle à ce propos l'observation de M. Millard, où l'étranglement trouvait son origine dans la procidence de l'appendice qui formait anneau autour de l'intestin.

M. Chauvel lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Laborie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 septembre.

Présence de la propriété agglutinante dans le plasma sanguin et divers liquides de l'organisme.

MM. Achard et **Bensaude.** — On sait que d'après la théorie admise, si le sérum agglutine les microbes dans certaines infections, c'est aux leucocythes qu'il le doit.

Nous avons voulu nous rendre compte de ce fait en opérant sur le sang humain. L'extrait de sangsue, préparé à l'eau salée à 7 0/00, nous a servi comme liquide anticoagulant.

Nous avons vu de la sorte que le plasma privé d'éléments figurés possède le pouvoir agglutinant au même degré que le plasma très riche en leucocythes. Pour répondre à l'objection d'après laquelle on aurait pu accuser la mort des leucocythes qui exsuderait leur contenu, communiquant ainsi au plasma la propriété agglutinante, nous avons démontré que les leucocythes restent bien vivants par l'absorption de grains de carmin.

Puisque la propriété agglutinante existe dans le plasma, son passage dans les différentes humeurs doit être rattaché aux phénomènes de la diffusion à travers les membranes vivantes. La simple dialyse n'explique pas, il est vrai, à elle seule, les phénomènes de diffusion dans l'organisme vivant. Des variations souvent imprévues surviennent du reste dans l'étude de la propriété agglutinante. Celle-ci peut varier d'un jour à l'autre chez le même sujet. M. Vidal a montré le fait pour l'urine. On ignore encore le mécanisme de ces variations, mais les leucocythes ne suffisent pas à l'expliquer. Il faut tenir compte aussi de la transsudation des substances qui déterminent l'agglutination des microbes; cette note démontre, croyons-nous, l'existence de ces substances dans le plasma du sang vivant.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Tenu à Genève du 1er au 5 septembre 1896.

De l'occlusion intestinale consécutive à l'hystérectomie vaginale.

M. Guttierez (de Madrid) indique les moyens à employer pour éviter, après l'hystérectomie vaginale, la production de l'occlusion intestinale. Il rappelle, à ce propos, que c'est là un accident toujours à redouter dans cette opération.

Avant l'intervention il faut donner des purgatifs nombreux avec des injections boriquées tièdes. Pendant l'opération, les pinces doivent être appliquées directement sur les ligaments larges sans que ceux-ci soient tordus. Après l'extirpation, on doit faire la suture péritonéo-vaginale pour que les anses intestinales glissent sur une surface lisse. Les pinces une fois enlevées, il faut recourir à des purgatifs légers et à des lavements pour évacuer l'intestin. Si ceux-ci ne donnent pas de résultats, on mettra deux doigts dans le vagin, et on les promènera sur le pourtour de la collerette pelvienne, afin de rompre les adhérences. Puis on recommencera à administrer des laxatifs, des irrigations intestinales; l'on s'adressera aussi à des courants électriques.

Pendant vingt-quatre heures, ce sont ces procédés qu'il faut mettre en usage. Mais après ce temps, la laparotomie s'impose, si les moyens indiqués plus haut n'ont abouti à aucun résultat sérieux.

M. Jacobs (de Bruxelles) croit qu'il ne faut jamais négliger de se demander si l'on n'a pas affaire à une infection, et si cette infection n'est pas la cause de l'obstruction. C'est par cette notion que le chirurgien belge remplace l'idée de shock, fausse à son avis.

Une autre cause d'obstruction, ajoute-t-il, c'est l'habitude qu'ont beaucoup d'opérateurs de bourrer le vagin de pinces, d'éponges, de mèches de gaze, dont l'adhérence à l'intestin peut provoquer l'obstruction.

M. P. Reynier (de Paris) appuie les observations de M. Jacobs, pour qui les occlusions relèvent de septicémies. De plus, il incrimine l'état nerveux de certaines malades, chez qui la parésie intestinale se produit alors comme se produit de la parésie vésicale. C'est ainsi que l'orateur a vu ces crises d'obstruction céder à un traitement médical, se répéter, et, enfin, être suivies de mutisme et d'hystérie.

D'autre part, M. Reynier considère le shock comme un état existant bien réellement, et différent de la septicémie. C'est un état où le système nerveux fonctionne mal, où la dépression de la malade est très accentuée. Il y a là un ensemble de phénomènes qui ne nécessitent pas forcément l'existence d'une septicémie.

M. Pichevin (de Paris) rappelle que le shock a été expérimentalement démontré. Il est exceptionnel, mais ne saurait toutefois être mis en doute. Il se montre aussitôt après la laparotomie ou l'hystérectomie. Dans un cas que signale l'orateur, il n'y avait pas de microbes dans le liquide péritonéal, comme l'ont montré l'examen bactériologique et les cultures.

M. Jayle (de Paris) n'admet pas que le shock opératoire puisse être invoqué, sans que la bactériologie ait établi l'absence de toute infection, et cela tant par l'examen du sang que par celui de la sérosité péritonéale.

Dans un travail qu'il a fait sur la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire, il a nettement démontré que la mort, si elle n'est pas due à une hémorrhagie, à une complication viscérale, à l'évolution même de l'affection, relève toujours d'une septicémie péritonéale. Il suffit, pour s'en assurer, de rechercher les microbes contenus dans la cavité péritonéale. On en trouve en grand nombre, et particulièrement des streptocoques.

Comme M. Jacobs, M. Jayle pense donc qu'il faut restreindre de beaucoup le domaine du shock opératoire, pour le remplacer par la notion d'infection péritonéale aiguë.

Résultats éloignés de la castration utérine pour suppurations pelviennes.

M. Péan (de Paris) rappelle les avantages que lui a donnés l'ablation de l'utérus par la voie vaginale, opération qu'il pratique le premier et qui depuis a été vivement préconisée par d'éminents chirurgiens comme Segond, Jacobs et Landau. Il rappelle également les heureuses statistiques qu'il a pu communiquer aux Congrès de Berlin en 1890 et de Bruxelles en 1892.

L'orateur, voulant démontrer à nouveau l'excellence de cette méthode, reprend d'anciennes observations lui permettant de se rendre compte du sort réservé aux malades atteints de suppurations pelviennes abandonnées à elles-mêmes. Dans toutes les observations, on voit les malades succomber dès la première année ou traîner une existence misérable. Dans d'autres cas, la guérison s'est faite à la suite d'ouvertures spontanées dans différents viscères.

M. Péan étudie ensuite les résultats auxquels on est parvenu par la castration tubo-ovarienne. Il montre que très souvent les malades ainsi traitées demandent ultérieurement qu'on leur pratique une hystérectomie secondaire, qui seule pourrait les débarrasser des névralgies, des pelvipéritonites ou fistules hypogastriques dont elles se plaignent.

A ces données, l'orateur croit utile, en même temps qu'intéressant, de comparer les résultats fournis par 341 opérations d'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes pratiquées du 1er janvier 1888 au 31 décembre 1895.

Dix malades opérées de la sorte ont succombé à l'excès d'épuisement causé par la maladie, ce qui donne une mortalité de 3 0/0.

Dix sont mortes d'affections n'ayant pas de rapport avec la maladie qui avait été canse de l'opération.

Enfin, onze ont en des accidents locaux peu importants imputables à l'acte opératoire.

A part ces cas, les 341 opérations d'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes ont donné des résultats locaux immédiats satisfaisants.

Dans la santé générale des opérés, d'heureuses modifications sont également survenues, tant chez les nerveuses, telles qu'hystériques, névropathes, mélancoliques, hypochondriaques, que chez certaines malades souffrant d'affections organiques comme gravelle, endocardite rhumatismale, fièvres intermittentes, maladie bronzée d'Addison, albuminurie.

De nombreuses conclusions terminent le travail de M. Péan. La plus importante est le grand essor pris par l'ablation de l'utérus et de ses annexes par voie vaginale à l'aide du pincement des vaisseaux et du morcellement.

Fréquence et formes des rétrécissements du bassin.

M. Kufferath (de Bruxelles) fait un rapport d'ensemble sur la fréquence et les formes des rétrécissements du bassin, basé sur 23,091 accouchements. Il a trouvé 419 cas de rétrécissements du bassin, soit 1.81 0/0.

Sur ces 23,091 accouchements, il n'y a que 2 bassins ostéomalaciques et 6 bassins obliques.

En ce qui concerne les bassins rétrécis rachitiques et non rachitiques, la statistique ne porte que sur 11,869 accouchements, les universités d'Anvers, de Liège et de Bruxelles ayant seules servi à fournir les éléments de cette statistique.

Sur ces 11,869 accouchements, l'auteur a trouvé 141 bassins aplatis non rachitiques, soit 1.10 0/0. Une seule fois, il a trouvé un bassin mesurant moins de 8 centimètres. Beaucoup de ces bassins, d'ailleurs, passent inaperçus dans la pratique.

Quant aux bassins aplatis rachitiques, sur 11,869 accouchements, il n'y en a que 99 à signaler, c'est-à-dire 0.83 0/0.

Sur le même nombre d'accouchements, l'auteur ne signale que 6 bassins généralement et régulièrement rétrécis.

Le second point du rapport de M. Kufferath porte sur les traitements les plus convenables, suivant les degrés de formes de rétrécissements. Les bassins aplatis seuls, du reste, attirent l'attention de l'auteur, vu leur fréquence beaucoup plus grande.

L'auteur étudie la question en la divisant en quatre chapitres différents.

1° *Bassins aplatis de 11 à 9 centimètres.* — Dans la grossesse avant terme, il ne faut pas d'intervention, à moins que des accouchements antérieurs n'aient donné naissance à des enfants plus volumineux que la moyenne.

Dans la grossesse à terme, c'est l'accouchement spontané, si l'enfant est vivant, et le forceps, si l'enfant est mort.

2° *Bassins aplatis de 9 à 7 centimètres.* — Dans la grossesse avant terme, on doit avoir recours à l'accouchement prématuré artificiel, à partir de 7 mois 1/2 de la grossesse.

Dans la grossesse à terme, l'accouchement peut encore être spontané.

Le forceps et la version trouvent leurs indications dans les rétrécissements peu prononcés. Sinon, il faut la symphyséotomie. Enfin, dans le cas d'enfant mort, on pratique l'embryotomie.

3° *Bassins aplatis de 7 à 5 centimètres.* — Le grossesse avant terme appelle l'accouchement prématuré artificiel combiné avec la symphyséotomie. Au-dessous de 7 centimètres, en effet, l'auteur rejette l'accouchement prématuré artificiel simple.

Dans la grossesse à terme, en cas d'enfant vivant, de 6 1/2 à 7 centimètres, on peut faire encore la symphyséotomie, dangereuse cependant par suite de l'écartement des pubis. De 6 1/2 à 5 centimètres, on a recours à l'opération césarienne ou à l'opération de Porro. L'embryotomie est réservée à l'enfant mort.

4° *Bassins aplatis au-dessous de 5 centimètres.* — Tant en présence d'un enfant vivant que d'un enfant mort, il faut l'opération césarienne, exceptionnellement celle de Porro. Enfin, en cas de refus de la mère ou de la famille pour l'opération césarienne, on fera l'avortement, mais dans ce cas seulement.

M. Fochier (de Lyon) a trouvé, dans la région lyonnaise, 21.66 0/0 de bassins rétrécis. Beaucoup de bassins simplement aplatis et beaucoup de bassins régulièrement et généralement rétrécis n'ont aucune trace de rachitisme. Les bassins rétrécis ne sont pas le résultat de phénomènes pathologiques, mais de variétés de développement.

M. Fancourt Barnes (de Londres) rapporte les résultats d'une statistique de 38,065 femmes enceintes de la Maternité royale de Londres, portant sur les mensurations internes et externes du bassin.

Il a trouvé 150 cas de bassins aplatis, 45 cas de bassins généralement et régulièrement rétrécis, et pas un seul cas de bassin ostéomalacique. Les rétrécissements sont, par conséquent, insignifiants dans la Maternité royale de Londres.

M. Lusk (de New-York) vient, à son tour, montrer le peu de fréquence des déformations pelviennes en Amérique. Il signale l'absence d'ostéomalacie, la rareté du bassin rachitique. Il n'a rencontré que des bassins légèrement aplatis, des bassins justo-minor et des variétés de cyphose et de scoliose.

M. Rein (de Kiew) fait également connaître les conclusions auxquelles il est arrivé par l'examen de nombreuses maisons d'accouchements de Russie.

Sur 55,000 femmes enceintes, il a vu que très peu de bassins présentaient un degré considérable de rétrécissement. C'est dans le Caucase qu'il y a le moins de bassins rétrécis. Le rachitisme est d'ailleurs très rare dans cette région.

On rencontre surtout le bassin aplati non rachitique, puis le bassin généralement et régulièrement rétréci. Un bassin rétréci sur cinq présente les symptômes du rachitisme, et un sur trois parmi les bassins aplatis. L'ostéomalacie est rare en Russie comme ailleurs.

M. Rein insiste, en terminant, sur la difficulté de formuler des conclusions définitives et exactement scientifiques sur cette question. Il croit que l'on ne pourrait arriver à des résultats sérieux que par l'établissement d'une commission réglementant toutes les questions de recherches et surtout les méthodes d'exploration concernant ce sujet. Il voudrait également que l'on pût comparer les bassins de femmes des différentes nationalités par des études approfondies sur ce point.

M. Pestalozza (de Florence) s'est livré au même travail que les précédents orateurs à la clinique obstétricale de Florence.

Parmi 1,444 bassins rétrécis rencontrés sur 7,962 femmes enceintes, on a pu 770 fois trouver la forme du rétrécissement et sa cause; 339 fois c'est le rachitisme qu'il a fallu invoquer; 145 bassins ont été des bassins aplatis non rachitiques, 236 des bassins généralement et régulièrement rétrécis, 50 relèvent de causes diverses telles que cyphose, cypho-scoliose, luxation unie ou bilatérale, paralysie atrophique des membres inférieurs. L'ostéomalacie a été vue une seule fois dans la Maternité de Florence, et l'auteur fait remarquer que dans ce cas. la marche du travail n'a nullement eu à en souffrir.

Sur les 1,444 cas de bassins rétrécis, l'auteur a assisté à 1,391 accouchements; 361 fois l'étroitesse du bassin a nécessité une intervention opératoire. Sur les 1,391 accouchées, il y a eu 8 cas de mort chez ces accouchées. 95 enfants, d'autre part, sont morts pendant le travail et par suite d'opérations. Les accouchées ont toutes succombé soit à l'infection puerpérale, soit à la section césarienne, soit à la rupture de l'utérus après version, soit à une hémorrhagie consécutive à la symphyséotomie.

VARIÉTÉS

Le nombre des médecins en Russie comparé à celui de différents autres pays de l'Europe.

Ces jours derniers, on a procédé à Odessa à la pose de la première pierre des bâtiments de la Faculté de médecine de l'Université de la Nouvelle-Russie. A cette occasion, l'adjoint du ministre de l'instruction publique a prononcé un discours qui fait connaître la situation de la Russie au point de vue du nombre actuel des médecins et les met en comparaison avec celle de différents autres pays de l'Europe. Voici le résumé fidèle de cette allocution :

On ressent de plus en plus dans notre patrie le besoin du développement de l'instruction spéciale, et les Universités sont appelées à travailler dans ce sens. Les Facultés qui y contribuent le plus sont celles des mathématiques et de médecine. Le gouvernement se rend bien compte de l'importance de ces études et c'est par la création d'une Faculté de médecine qu'a débuté la première Université sibérienne, celle de Tomsk. On y a annexé quelques chaires supplémentaires du domaine des sciences naturelles, indispensables pour l'instruction des jeunes médecins.

Les Universités de l'Empire ont des Facultés de médecine, à l'exception de celles d'Odessa et de Saint-Pétersbourg, cette dernière ville possédant une Académie militaire de médecine. Il y a longtemps que le gouvernement aussi bien que la ville d'Odessa désiraient la création de la Faculté qui manquait jusqu'ici à l'école supérieure de la grande cité du Midi. Le projet avait été combattu cependant par des personnes selon l'avis desquelles l'Empire disposait d'un nombre suffisant de médecins, erreur que les chiffres recueillis par le département de médecine du ministère de l'intérieur prouvent suffisamment.

En 1890 il y avait en Russie, sur une population de 110 millions d'habitants, seulement 18,334 médecins, soit un médecin pour 6,000 habitants. proportion beaucoup inférieure à celle qui existe en Allemagne. en France et en Angleterre, pays qui comptent respectivement un médecin pour 3,000, 1,800 et 1,600 habitants. Cette infériorité devient plus sensible encore lorsqu'on songe que la plupart des médecins russes sont établis dans les capitales, les chefs-lieux de province et de district. où il y a un médecin pour 270 habitants, tandis que dans les campagnes cette proportion est comme 1 à 9,000, et dans certaines provinces même comme 1 à 12,000. Le gouvernement d'Arkhangel tout entier, avec ses 373 000 habitants, ne possède que 14 médecins, et le littoral de l'océan Glacial 3 médecins seulement pour 135,000 habitants.

Il faut noter encore que les conditions hygiéniques dans lesquelles nous vivons sont bien moins satisfaisantes que celles des pays de l'Europe occidentale, et que malgré les énormes distances que séparent chez nous les localités nous n'avons que peu de bonnes routes; on se convaincra de notre infériorité sous ce rapport, en comparant notre situation à celle de nos voisins. C'est pourquoi, sans doute, la moyenne de la mortalité est bien plus élevée chez nous qu'ailleurs, atteignant la proportion de 37.3 décès sur 1,000 habitants.

Quels sont les moyens dont dispose la Russie pour renforcer son contingent de médecins? Au commencement de l'année courante le nombre des étudiants en médecine était dans les Facultés de nos Universités de 5,141 (1,380 à Moscou, 986 à Kiew, 752 à Kharkow, 718 à Youriew, 454 à Varsovie, 451 à Kazan et 400 à Tomsk). Il faut y ajouter encore les 1,400 étudiants de l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, soit un total de 6,541 étudiants en médecine. Le nombre des médecins diplomés chaque année ne dépasse pas 855, tandis que, pour se mettre au niveau de l'Allemagne, il faudrait doubler le chiffre de notre personnel médical.

Et qu'on dise maintenant que nous n'avons pas besoin d'augmenter le nombre des médecins, et alors que, depuis dix ans, le ministère de l'intérieur ne trouve pas moyen de dispenser du service de l'Etat les étudiants qui terminent leurs études et qui auraient préféré entrer au service des zemstvos et des municipalités. Le manque de médecins s'est fait sentir surtout à des moments où l'on en avait le plus besoin, à l'époque de la guerre d'Orient en 1877 et 1878 et pendant l'épidémie de choléra de 1892 à 1894. On s'était vu forcé alors de suppléer an manque de médecins en appelant des étudiants de 5°, 4°, voire même de 3° année et, il faut le dire, ces jeunes gens ont rendu des services signalés, ne ménageant ni leurs forces ni leur vie. Combien d'entre eux ont péri en remplissant leur devoir !

Il serait bien désirable de voir s'accroître le nombre des étudiants des Facultés de médecine, mais pour cela il faudrait étendre et multiplier les institutions médicales dépendant des Universités et qui sont indispensables pour les travaux pratiques des étudiants. Vu l'état actuel de ces institutions, on ne devrait pas admettre plus de 125 étudiants par cours, mais en réalité il y en a davantage dans nos grandes universités. A celle de Tomsk, on a dû refuser cette année l'admission de 40 postulants.

(*Semaine Médicale.*)

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Nancy.

Voici la liste des thèses soutenues pendant l'année scolaire 1895-1896 :

M. Vatin : Contribution à l'étude clinique de la digitoxine dans les affections du cœur.

M. Kambosseff : De l'arthrite blennorrhagique chez le nouveau-né.

M. Humbert : Contribution à l'étude de la lactophénine.

M. Saleur : Association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë.

M. Guyon : Indications de la cystostomie supubienne dans l'infection de la vessie et la pyélonéphrite ascendante.

M. Haulin : Contribution à l'étude clinique des effets du gaïacol appliqué sur la peau.

M. Constant : Du traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de cyanure de mercure.

M. Hoche : Etude physiologique des effets primitifs des émissions sanguines sur la circulation de la lymphe.

M. Thouvenin : De la voie vagino-périnéale dans la résection du rectum ou diacolpoproctomie.

M. Gillet : Des érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde.

M. Husson : De l'absorption de l'acide salicylique par la peau et des frictions salicylées dans les affections rhumatismales.

M. Lévy : La démence sénile.

M. Fourel : De la méningite tuberculeuse de la première enfance.

M. Dubois : De la pathogénie et du traitement de la maladie d'Addison.

M. Santenoise : Considérations générales sur la pathogénie des troubles psychiques; examen critique d'une hypothèse; les autointoxications dans les maladies mentales.

M. A. Rosenthal : Des altérations secondaires de l'appareil dentaire.

M. Bohn : Contribution à l'étude de l'insomnie chez les aliénés; son traitement par les disulfones.

M. R.-S Rosenthal : Des hémorrhagies consécutives à l'extraction des dents.

M. Masson : Contribution à l'étude du traitement des synovites tendineuses du poignet d'origine tuberculeuse.

M. André : Des déviations angulaires consécutives à la résection et à l'arthrectomie du genou chez l'enfant.

M. Winstel : Indications thérapeutiques de la saignée.

M. Seeligmann : Contribution à l'étude des troubles mentaux consécutifs aux opérations gynécologiques.

M. Hanus : Contribution à l'étude du cysticerque sous-conjonctival.

M. Sterne : Contribution à l'étude de la lithiase biliaire chez le vieillard.

M. Reynders : Du xéroforme comme antiseptique intestinal.

M. Maillard : Contribution à l'étude de l'ictère dans la fièvre typhoïde.

M. David : Des guérisons tardives de la folie.

M. Simon : Thyroïde latérale et glandule thyroïdienne chez les mammifères.

M. Huth : Contribution à l'étude des syphilides ulcéreuses.

M. Maleterre : Contribution à l'étude de la rétention du placenta à terme.

M. Pillon : De la fièvre traumatique aseptique; étude clinique et expérimentale.

M. Lucien : Influence de l'hystéropexie abdominale antérieure sur les grossesses ultérieures.

NOUVELLES

L'état sanitaire à Paris.

Si l'été que nous venons de passer a été une saison inclémente au point de vue météorologique, il a été par contre extrêmement favorable au point de vue sanitaire. On a signalé dernièrement qu'à Paris, dans la dernière semaine du mois dernier, la mortalité hebdomadaire était tombée à 753, chiffre le plus bas qu'on eût enregistré depuis 1880. Ce chiffre vient encore de s'abaisser d'une manière très sensible : pendant la trente-huitième semaine (du 13 au 19 septembre), on n'a compté à Paris que 698 décès, soit 4 morts par jour pour 100.000 habitants.

Cet état sanitaire extrêmement satisfaisant est dû surtout à la fraîcheur de la saison, ce qui a fait diminuer considérablement le nombre des cas mortels de diarrhée infantile.

(*Semaine Médicale.*)

La Croix verte.

Après la Croix rouge et la Croix blanche (secours aux blessés sur le champ de bataille et dans les ambulances), voici qu'il vient de se créer à Vienne une nouvelle Société, celle de la Croix verte. La Croix verte est une Société de sauvetage et de secours aux alpinistes et simples excursionnistes amateurs des hautes cimes. Elle est une création du Club alpin autrichien, qui a installé sur différents points des hautes montagnes, sur les glaciers, etc., des chalets ou de petits réduits bien abrités contenant des boîtes de secours. Des cours pratiques et théoriques sont faits par des médecins aux guides, et ceux-ci sont exercés à appliquer des attelles et à faire des pansements antiseptiques.

(*Médecine Moderne.*)

Le classement au choix.

Le *Progrès militaire* donne un tableau des séances des Commissions de classement, qui en dit long sur les mœurs de ces commissions et qui mérite à ce titre d'être intégralement reproduit :

« Aujourd'hui et depuis longtemps déjà, c'est sous la forme de votes rendus au scrutin secret que les jugements dont il s'agit sont rendus.

Un tel a tant de voix, un autre en a tant — on a, ou on n'a pas la « majorité » — on est admis ou blackboulé. Voilà tout : ni les votes de chacun, ni le jugement final ne sont motivés.

Ce système paraît tellement naturel que personne ne songe même à en demander la modification.

Il est pourtant détestable et entraîne les conséquences les plus singulières, et notamment le marchandage de voix et de candidatures qui constitue le plus clair des séances des comités ou commissions de classement.

Ainsi, par exemple, chaque membre de ces commissions ou comités arrive avec « son » ou « ses » candidats. Et comme le nombre des élus à inscrire sur la liste dépasse d'habitude celui des membres : on commence par s'accorder mutuellement un candidat. Chaque membre peut donc en faire passer au moins un, ou même deux, si le nombre des inscriptions à faire au tableau est suffisamment élevé.

C'est seulement alors que les marchandages commencent. Quel ou quels membres auront droit à une inscription de plus que les autres ? Echange de bons — ou mauvais — procédés entre les membres, c'est à quoi se résume la question. L'un, ou les uns, ont plus d'influence et l'emportent; les autres en ont moins, et cèdent. Tels inspecteurs vont être atteints par la limite d'âge et siègent pour la dernière fois : on leur accordera, par courtoisie, un véritable tour de faveur. Tels autres, au contraire, siégeant pour la première fois, s'effacent modestement devant les anciens, avec un « après vous ! » discret, etc.

Et les candidats ? Et leurs mérites respectifs ? Il n'en est question que d'une manière tout à fait indirecte et accessoire — si même il en est question.

Combien, d'ailleurs, parmi ceux-ci, qui n'ont jamais été seulement aperçus par les trois quarts de ceux chargés de prononcer sur leur sort ! »

The Cornell Brain Association.

Sous ce titre, il existe en Angleterre une Association qui, à l'exemple de la Société d'autopsie mutuelle fondée en France sous les auspices de la Société d'anthropologie, cherche à fixer d'une façon précise les rapports qui peuvent exister entre la forme et la structure de l'encéphale et la personnalité intellectuelle et *morale* du sujet durant sa vie.

La Société anglaise a récemment fait un appel aux personnes instruites et morales. Elle reçut bientôt 8 cerveaux et la promesse de 25 autres que leurs propriétaires s'engageaient à lui faire envoyer après leur mort.

Voilà un bon exemple à suivre. Ce n'est qu'en accumulant, d'une part, l'analyse psychique du sujet faite par lui-même et, de l'autre, les résultats d'une autopsie soigneuse de son cerveau qu'on pourra arriver à quelques conclusions intéressantes.

(*Médecine Moderne.*)

Le mode de préparation de l'opium.

Voici, suivant le *Popular Science Monthly*, d'après le consul anglais d'Ispahan, la description du mode de préparation de l'opium :

La récolte se fait au commencement de mai. Les têtes de pavot sont percées l'après-midi et on laisse couler l'opium toute la nuit dans des pots en cuivre dans lesquels le produit est conservé jusqu'au moment où il doit être expédié. Il est alors repris et soumis à une série de manipulations. Chaque ouvrier a une planche douce d'environ 0 m. 60 de longueur sur 0 m. 30 de largeur; il prend dans la masse à peu près 400 grammes d'opium brut séché et le frotte sur sa planche, puis le laisse sécher pendant une dizaine de minutes au soleil, après quoi il le reprend et, se mettant à l'ombre, il le triture avec une sorte de petite bêche en fer jusqu'à ce qu'il soit suffisamment sec.

L'opium est alors réuni en masse et chauffé sur un petit feu de charbon de bois jusqu'à ce qu'il acquière une certaine plasticité, puis il est repris par petites quantités d'une centaine de grammes et pétri encore une fois sur la planche de manière à prendre le degré de consistance voulu et une belle couleur jaune d'or. Il est ensuite empaqueté par paquets de 400 grammes chacun dans des boîtes en étain recouvertes de cuir et de toile.

(*Médecine Moderne.*)

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Le traitement des suppurations pelviennes au Congrès de gynécologie de Genève.

La question du traitement des suppurations pelviennes, qui avait été mise à l'ordre du jour du deuxième Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, a certainement occupé la place la plus importante dans les travaux de ce Congrès et l'on peut dire que la discussion dont elle a été l'objet n'a pas été stérile. D'après l'ensemble des communications qui ont été faites à ce propos, il semble que la préoccupation dominante de la plupart des orateurs, contrairement à ce qui avait eu lieu précédemment, ait, d'une façon générale, visé beaucoup moins le choix de la *voie* opératoire, qui jusqu'ici a si ardemment passionné les esprits, que l'*acte opératoire* en lui-même, au point de vue de l'étendue des sacrifices nécessaires pour obtenir la guérison. Il a donc été fort peu question, cette fois, des inconvénients que peut avoir une cicatrice abdominale ou des commodités plus ou moins grandes que chaque opérateur peut trouver, suivant ses préférences ou ses habitudes, dans la voie abdominale exclusive ou dans la non moins exclusive voie vaginale. La discussion, au contraire, s'est singulièrement élevée, par ce fait que les partisans de l'une ou de l'autre voie se sont, les uns comme les autres, attachés plutôt à restreindre les indications des opérations *radicales*, au profit de la thérapeutique *conservatrice*.

Inaugurant, dans un magistral rapport, les travaux du Congrès de Genève, M. Bouilly a fort bien résumé l'état actuel de la question, insistant tout d'abord sur la nécessité d'établir des distinctions, suivant le siège exact de la suppuration, dont la connaissance permet de déterminer le choix de la méthode de traitement.

Les abcès pelviens sont donc divisés de la façon suivante par le savant rapporteur, au point de vue de l'intervention chirurgicale :

1° Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin :

2° Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées :

3° Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées ;

4° Suppurations *complexes*, dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Laissant de côté la *ponction*, qui ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic, M. Bouilly étudie successivement les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes, à savoir :

1° L'*incision simple*, suivie de drainage, pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale ;

2° L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la *laparotomie ;*

3° L'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'*hystérectomie vaginale* préalable avec ou sans morcellement de l'utérus.

On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes : *a*) l'ablation par la *voie vaginale* de petites collections *unilatérales*, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé ; *b*) l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la *voie abdominale*.

L'*incision simple* suivie de drainage représente la méthode de choix :

a) Pour l'ouverture des abcès pelviens *aigus d'origine cellulaire*. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection, soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin ;

b) Pour l'ouverture des collections *péritonéales primitives* d'origine post-puerpérale, post-abortive ou gonorrhéique, aiguës ou subaiguës, ou *consécutives* à une infection péritonéale post-opératoire ;

c) Pour l'ouverture des hématocèles suppurées ;

d) Grâce à une meilleure antisepsie vaginale et surtout à de meilleurs modes de drainage, *l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des abcès pelviens enkystés siégeant dans les annexes.*

Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec *efficacité* et *sécurité* que si la poche est *unilatérale*, à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située sur les côtés de l'utérus ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact ou au voisinage de la paroi vaginale.

Elle trouve sa meilleure indication dans les *suppurations aiguës* de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant

d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette opération *d'attente* donne les meilleurs résultats *immédiats* et assure la guérison *définitive* dans un nombre de cas plus considérable qu'on ne le croirait *a priori*.

L'insuccès de l'incision vaginale, démontré par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration, ne compromet pas une opération ultérieure par l'hystérectomie vaginale. Le rapporteur aurait pu d'ailleurs ajouter qué, bien souvent, comme l'a fait remarquer M. Mangin (de Marseille), cet insuccès de l'incision vaginale témoigne simplement de l'insuffisance des soins consécutifs qui, en pareil cas, ont une importance considérable, attendu que là comme pour toute suppuration siégeant dans n'importe quel organe, si, par exemple, on supprime trop tôt le drainage en laissant la plaie extérieure se fermer, alors que le foyer n'est pas guéri, les accidents de suppuration doivent fatalement se reproduire.

Comme l'a dit fort sagement M. Bouilly en s'occupant ensuite de la *laparotomie* et de l'*hystérectomie vaginale*, appliquées au traitement des suppurations pelviennes, ces deux opérations ne constituent pas des *méthodes rivales*, et elles ont, l'une eomme l'autre, leurs avantages et leurs indieations.

Les indications de la *laparotomie* sont dominées par la considération du siège *unilatéral* des lésions. Quand il s'agit d'une femme jeune, toutes les fois qu'il y a doute sur la *bilatéralité* des lésions, la laparotomie, qui permet par la vue l'examen direet des annexes, s'impose comme opération de choix.

Cette eonsidération, surtout très importante quand il s'agit d'affeetions annexielles *non* suppurées, perd une partie de sa valeur quand il s'agit de lésions suppurées, car, lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint de lésions inquiétantes pour l'avenir.

Tous les efforts du diagnostic doivent tendre à déterminer d'une manière précise que possible le siège *uni* ou *bilatéral* des lésions.

Le doute sur la *nature* des lésions — possibilité de la présence d'un kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, d'une grossesse extra-utérine — fera également préférer la laparotomie. La question se trouve du reste en pareil cas généralement tranchée par la considération du siège unilatéral de la collection.

Dans les eas de lésions bilatérales où les indications des deux opérations peuvent être discutées, la *situation* des poches purulentes par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux devient une source importante d'indications.

La laparotomie peut revendiquer les poches *haut* situées, adjacentes au fond et aux cornes de l'utérus, assez éloignées de cet organe et des culs-de-sac vaginaux pour que la matrice jouisse d'une certaine indépendance et de quelque mobilité, plus *abdominales* que *pelviennes*. non entourées de tissus épaissis et indurés, n'ayant pas été la cause de poussées pelvi-péritonitiques à répétition. Dans ces conditions, les poches purulentes peuvent être facilement décortiquées et pédiculisées par la laparotomie. Leur ouverture aveugle et précoce au cours d'une hystérectomie vaginale peut donner lieu à une infection péri- néale aiguë par souillure des anses intestinales au mili- desquelles elles sont situées et qui ne sont pas défendues par une ancienne barrière d'adhérenees organisées.

En dehors de ces restrictions basées sur le *siège uni- téral* de la lésion, sur l'*incertitude de la nature* de cet- lésion, sur la *situation élevée* de la poche purulente M. Bouilly considère que l'hystéreetomie vaginale, appliquée au traitement des suppurations pelviennes :

1° *Peut faire tout ce que ferait la laparotomie;* elle perm- d'enlever facilement les trompes suppurées, les petits py- salpinx, les ovaires suppurés ;

2° *Elle permet d'atteindre et de guérir* des lésions cont- lesquelles la laparotomie est *impuissante* ou trop dang- reuse.

Seule elle permet d'ouvrir et de drainer des collection purulentes ineluses dans des annexes fusionnées avec l- parties voisines ou circonscrites par des adbérences, sé- rées de la grande cavité péritonéale par des tractus solid- et organisés. pour lesquelles par la laparotomie la vue impuissante et toute tentative d'énucléation dangereus

Elle représente la méthode de choix dans le traitemen des grosses poches adhérentes, non énucléables ou difficilement énucléables, compliquées ou non de fistules.

Mieux que toute autre méthode, elle peut guérir les sup purations *chroniques* du tissu eellulaire péri-utérin aban données à leur ouverture spontanée et le plus souvent e- communication avee les organes du voisinage.

Dans ees cas, ajoute le rapporteur, l'opération doit rester toujours purement *évacuatrice ;* l'ablation de l'utérus représente un drainage idéal grâce auquel les collections se vident, peuvent être détergées et taries. Vouloir en cette circonstanee pratiquer l'extirpation de la poebe, c'est faire perdre à l'opération tous les avantages de sa simplicité et de sa bénignité et méeonnaître un des rôles prineipaux de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

Rappelant que les résultats opératoires immédiats fournis par la laparotomie ne sauraient plus eonstituer un argument en faveur de eette méthode, puisque la proportion des succès par l'opération vaginale s'est notablement accrue dans ces dernières années, M. Bouilly constate que l'avantage reste à l'hystérectomie vaginale, qui s'adresse à des lésions contre lesquelles la laparotomie serait impuissante ou dangereuse. Appliquée à la cure des *cas simples*, dit-il, l'hystérectomie donne une proportion de succès égale, sinon supérieure, à ceux de la laparotomie; appliquée au traitement de *cas graves*, elle fournit une proportion de succès plus considérable et représente une intervention relativement bénigne.

Dans le traitement des suppurations pelviennes, l'ablation de l'utérus ne peut être considérée comme une quantité négligeable pour assurer le succès immédiat et définitif.

D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Bouilly, un certain nombre de laparotomistes en ont aujourd'hui reconnu la nécessité et pratiquent par la voie abdominale l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus, réalisant ains un sacrifice tout aussi étendu que les partisans de l'hystérectomie vaginale; dans ces conditions, si on laisse de côté la question de la voie d'accès, l'opération pratiqué

par les laparotomistes et les hystérectomistes est en réalité identiquement la même, surtout si les laparotomistes utilisent le drainage vaginal qui constitue un des principaux avantages de l'hystérectomie vaginale.

On voit combien nous sommes loin du désaccord, encore si récemment absolu, entre les laparotomistes exclusifs et les défenseurs de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes.

C'est qu'en effet l'ablation de l'utérus assure un drainage parfait, dont quelques laparotomistes songent maintenant à utiliser l'efficacité merveilleuse et qui était jusqu'ici l'apanage de l'hystérectomie vaginale, constituant la cause la plus probable de la grande bénignité de cette opération et de l'extrême simplicité des suites opératoires. D'autre part, la suppression de l'utérus, dont beaucoup de laparotomistes reconnaissent la nécessité, après avoir longtemps refusé cette concession aux partisans de l'hystérectomie vaginale, prévient dans l'avenir les troubles dont l'utérus, désormais inutile après l'ablation des annexes, peut devenir le point de départ : douleurs, métrorrhagies, écoulements purulents, infection persistante ou récidivée du péritoine pelvien, contre lesquels l'hystérectomie vaginale *secondaire* a été souvent nécessaire, après la laparotomie. Enfin les troubles généraux consécutifs à la suppression de la fonction menstruelle paraissent moins marqués après la castration utéro-annexielle qu'après la simple ablation des annexes.

En résumé, modifiant légèrement les conclusions de M. Bouilly, qui conclut nettement en faveur de la supériorité de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes *non justiciables de l'incision simple*, on pourrait dire que la *castration utéro-annexielle* est la seule méthode curative applicable à ces suppurations graves, *qu'on la réalise d'ailleurs par la voie abdominale* ou *par la voie vaginale* suivant les cas, et aussi suivant les préférences ou plutôt suivant l'expérience personnelle de chaque opérateur.

M. Sænger (de Leipzig), dans le rapport qu'il a lu après celui de M. Bouilly, est venu accentuer, plus que celui-ci ne l'avait fait, l'importance des procédés conservateurs.

L'incision simple, nous dit le rapporteur allemand, peut être indiquée dans les cas de foyers purulents extrapéritonéaux et dans certains cas de foyers purulents intrapéritonéaux, où elle constitue ce qu'il est permis d'appeler la *colpocœliotomie* simple, qui, le plus souvent, sera postérieure. Le procédé opératoire le plus commode consiste dans l'incision du vagin au thermocautère et l'ouverture du foyer avec une pince à pansements. Il n'y a pas lieu de pratiquer d'irrigations, ni de remplir la cavité avec de la gaze iodoformée immédiatement après l'intervention ; on ne le fera que plus tard, dans le traitement consécutif postopératoire.

Si l'on veut obtenir une ouverture plus grande, on peut ajouter à l'incision transversale du cul-de-sac postérieur l'incision médiane de la paroi postérieure du col ainsi que la résection de l'utérus (Landau).

L'incision est plus particulièrement l'opération de choix, continue le rapporteur, dans les collections purulentes chroniques et uniques qui contiennent un pus le plus souvent stérile : elle peut être éventuellement utile après une cœliotomie purement exploratrice : enfin, on y aura également recours dans les cas de suppurations survenant après des opérations radicales vaginales restées incomplètes.

Ce mode d'intervention constitue le procédé de choix dans certains cas aigus, tels que les hématocèles suppurés du cul-de-sac de Douglas : mais, dans cette dernière circonstance, l'incision n'est indiquée que lorsqu'il y a en même temps des symptômes de péritonite généralisée, et, si ces signes font complètement défaut, il faut lui préférer l'extirpation de l'hématocèle par la cœliotomie.

Dans cette question du traitement opératoire des suppurations pelviennes, dit avec raison M. Sænger, on peut aujourd'hui opposer à l'hystérectomie vaginale et à l'extirpation radicale par la voie vaginale de foyers purulents enkystés, qui n'est pas toujours possible, l'*incision* des collections purulentes par le vagin, avec conservation de l'utérus. Cette dernière opération est susceptible de perfectionnement dans l'avenir, et sa valeur, vis-à-vis des deux autres méthodes, ajoute le rapporteur, est comparable à celle de l'incision d'abcès multiples du rein vis-à-vis de la néphrectomie.

Insistant sur l'importance des procédés opératoires conservateurs, *quelle que soit la voie suivie*, M. Sænger considère que l'opération radicale, soit par le vagin, soit par l'abdomen, n'est pas justifiée dans les salpingites purulentes unilatérales ou bilatérales lorsque l'orifice abdominal de la trompe est encore ouvert : dans les formes légères de salpingites purulentes, d'abcès de l'ovaire ; dans les affections chroniques non purulentes des annexes ; enfin dans les inflammations chroniques simples de l'utérus (endométrite hyperplastique, endométrite gonorrhéique chronique, périmétrite chronique).

Par contre, l'opération radicale est entièrement justifiée, d'après lui, dans les suppurations graves des annexes, du péritoine pelvien, du tissu conjonctif du petit bassin, lorsque ces affections coïncident avec des lésions graves de l'utérus qui exigeraient, à elles seules, l'extirpation de cet organe (myomes, carcinomes, sarcomes, affections bénignes de l'endométrium donnant lieu à des hémorrhagies profuses), ou bien dans les cas de propagation à l'utérus d'une affection purulente des annexes, comme aussi dans les cas de tuberculose.

Ajoutons que, pour les cas où la castration utéro-annexielle est nécessaire, les préférences des gynécologistes allemands paraissent être pour la voie abdominale, sans que toutefois leur représentant au Congrès de Genève ait cessé un instant, dans son rapport, d'attacher beaucoup moins d'importance à la voie opératoire qu'au but poursuivi par l'opérateur.

M. Sænger, à ce propos, fait seulement observer que l'emploi de l'asepsie, la narcose à l'éther, la position élevée de Trendelenburg, le drainage à la gaze et la fermeture de l'abdomen ont singulièrement amélioré la technique des opérations abdominales et ont, par conséquent, facilité la pratique d'une intervention encore plus radicale que l'extirpation vaginale, c'est-à-dire de l'*opération radicale par la voie abdominale* ; celle-ci, d'après le rapporteur allemand, représente, en effet, le *summum* de l'intervention radicale, procédant, d'une part, de l'extirpation totale de l'utérus fibromyomateux, et, d'autre part, du fait qu'après la salpingo-oophorectomie par la voie abdominale, l'utérus

conserve les pédicules, et que les ligatures donnent lieu à une série de troubles et de symptômes douloureux qui nécessitent le plus souvent une extirpation consécutive de l'utérus par la voie vaginale.

C'est donc encore, comme on le voit, la *castration totale* reprise par les laparatomistes aux partisans de l'hystérectomie vaginale.

Le rapporteur américain, M. Henrotin (de Chicago) s'est montré le défenseur le plus convaincu de la thérapeutique conservatrice et, en affirmant, non sans un optimisme qui pourrait, à certains égards, être taxé d'exagération, les bienfaits que l'on doit attendre de l'*incision vaginale simple* dans un très grand nombre de suppurations pelviennes, il a certainement contribué, pour une grande part, à accentuer la tendance à peu près générale qui s'est manifestée nettement, dans ce Congrès, vers un retour à la thérapeutique conservatrice.

On doit, avant tout, nous a dit fort justement M. Henrotin, dans le traitement des suppurations pelviennes, chercher à se contenter des opérations conservatrices, et, à ce point de vue, il faut distinguer deux catégories de malades : 1° celles qui nécessitent une opération radicale, la ménopause étant atteinte, et, d'autre part, leur état général et la gravité des lésions étant tels qu'elles ne pourraient supporter une autre opération, ou encore lorsqu'elles ont déjà subi antérieurement une ou plusieurs opérations partielles : et 2° les malades, qui sont le plus souvent des jeunes filles et des jeunes femmes, et pour lesquelles on peut temporiser encore.

Insistant sur les bienfaits de l'incision vaginale précoce, opération qui lui a toujours donné d'excellents résultats, M. Henrotin considère que, dans tous les cas où l'on a fait le diagnostic d'une infection pelvienne localisée, il faut immédiatement, sans tarder un seul instant, pratiquer sous le chloroforme l'incision du cul-de-sac postérieur, suivie de l'exploration digitale allant à la recherche des exsudats et ouvrant les collections qu'elle rencontre.

Dans certains cas, si on trouve des exsudats en avant de l'utérus, on peut être obligé de faire une seconde ouverture dans le cul-de-sac antérieur.

L'incision vaginale, précédée d'un curettage préalable, doit être complétée par un drainage, lequel est absolument indispensable, parce qu'il peut y avoir des abcès haut situés que le doigt n'a pas atteints et qui s'ouvriront secondairement. En tout cas, le drainage suffit à limiter l'infection, et, pratiquée dans ces conditions, la simple incision, d'après M. Henrotin, peut guérir les suppurations pelviennes, sans mutilation, dans la proportion de 90 0/0 lorsque la maladie est assez récente et que le traitement est institué d'une façon tout à fait précoce.

Des cas plus anciens peuvent aussi guérir par la simple incision, mais dans une proportion beaucoup moins considérable, que le rapporteur américain évalue à 15 0/0 environ. Il a, pour sa part, opéré ainsi 78 cas de suppurations pelviennes, datant de cinq jours à trois mois, sans perdre une seule de ses malades : à part cinq ou six qui ont continué à souffrir, et une qui a gardé une fistule suppurante, toutes ses opérées ont parfaitement guéri.

En fait d'opérations radicales, M. Henrotin pense que l'ablation de l'utérus doit être la conséquence de l'ablation des annexes, et, au point de vue du choix de la voie à suivre, il nous dit que, en Amérique, la voie abdominale reste en faveur.

M. Laroyenne ne pouvait manquer d'apporter un nouveau plaidoyer en faveur de la méthode du débridement vaginal des collections pelviennes, et il n'est que juste de rappeler ici les principaux arguments fournis par l'un des plus ardents défenseurs de la thérapeutique conservatrice des suppurations pelviennes.

Une des principales objections que l'on peut faire à la méthode des débridements vaginaux réside dans ce fait que les collections pelviennes, unilatérales ou bilatérales sont souvent constituées par des loges multiples juxtaposées ou superposées. La trompe et l'ovaire peuvent notamment former une collection à contenu muco-purulent incluse dans un foyer de pelvi-péritonite à contenu ordinairement séreux. Pour M. Laroyenne, ces dispositions ne contre-indiquent pas l'incision vaginale. La ponction et le débridement de la collection la plus accessible permettent de reconnaître et d'atteindre les autres cavités.

Si le débridement des collections pelviennes proéminant en bas et en arrière est aisé et peut se faire avec un instrument quelconque, il n'en est pas de même pour les collections haut placées : la vessie est alors d'un voisinage particulièrement dangereux. Etalée au-devant de la collection, elle en recouvre la partie en apparence la seule accessible, et le cathétérisme, dont on s'aidera au besoin apprend qu'elle est même parfois en position anormale et déviée latéralement. C'est alors que le trocart de M. Laroyenne, grâce à sa courbure d'hystéromètre et aidé de la pression hypogastrique pratiquée en permanence pendant toute la durée de l'opération, ira ponctionner la collection dans un point d'élection, c'est-à-dire à la partie postéro-inférieure et près de la ligne médiane.

M. Adenot (de Lyon) est venu également apporter à l'appui de la méthode des débridements vaginaux le résultat de sa pratique personnelle, portant sur une trentaine de cas de gravité très diverse. La plupart se rapportent à des malades atteintes de ces abcès à consistance ligneuse. à évolution subaiguë ou chronique avec poussées intermittentes, qui sont ceux pour lesquels un certain nombre d'opérateurs conseillent encore des interventions radicales certainement moins inoffensives que le large drainage par la voie vaginale. Dans la moitié des observations de M. Adenot, il s'agissait d'abcès multiples, à poches superposées ou juxtaposées, ce qui constitue encore une des plus heureuses applications du débridement vaginal. La ponction et le débridement donnent souvent alors successivement issue à des liquides de nature différente (sérosité et pus).

M. Adenot n'a perdu aucune de ses malades du fait de l'intervention. Il n'a jamais vu survenir d'accident important.

Le trocart donne une grande sûreté. Il faut faire exercer par un aide, ajoute M. Adenot, une pression légère sur le ventre, afin de fixer la région. Pendant ce temps, la main gauche de l'opérateur délimite la collection et protège le rectum au moyen du médius introduit dans cette cavité tandis que l'index reste dans le vagin. On peut ainsi ouvrir de petites collections qui paraissaient auparavant inaccessibles.

Après avoir exposé le résultat de sa pratique personnelle

dans le traitement des suppurations pelviennes, soit par la laparotomie, soit par l'hystérectomie vaginale, M. Reynier (de Paris) déclare en être arrivé à pratiquer de préférence, chaque fois que cela lui semble possible, l'ouverture des collections purulentes par le cul-de-sac postérieur, qui fournit, comme l'hystérectomie, une voie déclive pour l'écoulement du pus.

Voici la pratique adoptée par M. Reynier : en présence d'une jeune femme ayant des symptômes d'infection récente et des signes de suppuration pelvienne venant proéminer du côté du vagin, il commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur et il fait par cette ouverture un large drainage. Si malgré cette incision, le pus s'écoule mal, si les phénomènes d'infection persistent, il complète plus ou moins tardivement son opération par une nouvelle intervention.

Lorsque, la cicatrisation de la plaie vaginale s'étant faite, c'est-à-dire la suppuration s'étant tarie, la malade continue à souffrir, l'opération complémentaire sera une hystérectomie si l'utérus est malade, mais, dans le cas contraire, M. Reynier fait de préférence une laparotomie qui lui permet de mieux se rendre compte de la persistance des douleurs et de supprimer les lésions qui en sont la cause.

On voit, d'après ce qui précède, que l'*incision simple* a, dans l'esprit des rapporteurs, mérité, parmi les opérations destinées au traitement des suppurations pelviennes, une place plus importante que celle qu'on lui avait laissée, dans les discussions précédentes, à côté de la laparotomie et de l'hystérectomie vaginale. Les partisans les plus ardents de ces dernières opérations semblent eux-mêmes s'efforcer de devenir aussi conservateurs qu'il est possible, cherchant à restreindre comme il convient les indications des interventions radicales, et nous avons entendu M. Doyen nous dire que, tout en considérant l'hystérectomie vaginale comme l'opération le plus souvent indiquée dans les cas de suppuration péri-utérine, il lui préférait, dans certains cas déterminés, soit l'extirpation des annexes, suivie ou non de l'extirpation de l'utérus par la laparotomie, soit l'*incision simple* des poches ; d'autre part, l'un des vifs défenseurs de la laparotomie, appliquée au traitement des suppurations pelviennes, est venu dire très sagement qu'un assez grand nombre de malades guérissaient par le *simple traitement médical*, notamment dans les cas d'infection blennorrhagique, même après les accidents pelvi-péritoniques, qui, bruyants au début, pouvaient faire craindre des lésions graves pour l'avenir.

En résumé, comme l'a très bien dit un des orateurs qui ont clos la discussion sur le traitement des suppurations pelviennes, ce qui caractérise essentiellement l'évolution de la question, c'est en quelque sorte un retour en arrière, dans lequel, suivant l'expression fort juste de M. Doléris, nous commençons à remonter une pente qui avait été descendue avec une rapidité vertigineuse. Ce pas en arrière, qu'on doit considérer comme un réel progrès, est marqué par l'adoption plus générale de l'incision large du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-du-sac antérieur, la première de ces opérations constituant d'ailleurs une bien ancienne méthode qui n'a jamais été abandonnée au travers des entraînements excessifs vers des méthodes plus nouvelles.

Le deuxième point acquis, disait également M. Doléris en terminant sa communication, c'est la *tendance conservatrice* qui se déduit de la constatation précédente et sur la nécessité de laquelle la plupart des orateurs ont insisté avec raison. Cette tendance est d'ailleurs logique : fatalement elle devait trouver son heure, et maintenant elle ne peut que s'affirmer chaque jour davantage.

(*Archives générales de Médecine.*)

REVUE CHIRURGICALE

De la résection des canaux déférents dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

Par G. Nové-Josserand,

Chirurgien des hôpitaux de Lyon.

On connaissait déjà depuis longtemps la solidarité fonctionnelle qui existe entre les testicules et la prostate ; mais c'est seulement dans le cours de ces trois dernières années qu'on a entrepris d'utiliser ces notions physiologiques dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

C'est à la castration qu'on eut d'abord recours, et depuis Ramms et White, cette opération a été pratiquée un assez grand nombre de fois, surtout à l'étranger. Voici quels ont été ses résultats d'après les statistiques de White et de Bruns qui portent, la première sur 111 et la seconde sur 148 observations. La mortalité s'est élevée à environ 15 0/0 ; dans 52 0/0 des cas on aurait obtenu l'amélioration de cystites traitées jusque-là sans succès, et dans 66 0/0 des cas une amélioration de la miction.

Ces chiffres suffisent à montrer, d'abord que la castration n'est pas une opération absolument sans dangers, ce qui s'explique par l'importance de l'intervention, l'âge et l'état général souvent mauvais des malades, et par la nécessité de recourir à l'anesthésie générale. Ils montrent de plus que tout en soulageant assez souvent, cette opération n'est que palliative, et ne permet pas d'espérer une cure radicale de l'hypertrophie prostatique. Aussi, comme la castration est une grosse mutilation qui est difficilement acceptée des malades, il semble que son avenir soit bien compromis, aujourd'hui que la résection des canaux déférents permet d'obtenir à moins de frais des résultats sensiblement aussi satisfaisants.

C'est Harrisson qui le premier en 1893 eut l'idée de chercher à obtenir l'atrophie de la prostate en agissant indirectement sur les testicules par la section des canaux déférents. Cette tentative fut renouvelée par Haynes ; mais c'est surtout Isnardi en Italie et Helferich en Allemagne qui se sont fait les champions de cette méthode. En France, M. le professeur Guyon en a rapporté trois cas au Congrès de chirurgie de 1895, et depuis les faits se sont multipliés (1).

Les expériences de Pavone, de Legueu, et celles plus récentes de Roberto Alessandri, tout en différant sur quelques points, notamment en ce qui concerne l'atrophie macroscopique de la

(1) Harrisson : *British med. Journ.*, 1893. *Lancet*, 1893. — Pavone : *Policlinico*, 1895. — Guyon : Congrès fr. de chir., 1895. — Legueu : Congrès fr. de chir., 1895, et *Arch. de physiol.*, 1896. — Chalot : *Indépendance médicale*, 1895. — Routier : *Médecine moderne*, 1896. — Muguaï : Analyse *Semaine méd.*. 1895. — Brown : *Journ. of cut. dis.*, 1896. — Isnardi : *Journ. de l'Acad. de Turin*, 1895 et 1896. — Guelliot : *Union méd. du Nord-Est*, 1896. — Gross : Société de médecine de Nancy, 1896. — Helferich : *Deutsche med. Wochens.*, 1896. — Dumstrey : *Centr. für Chir.*, 1896. — Lamenstein : *Centralb. für Wochens.*, 1896. — Negretto : *Riforma medica*. 1896. — Alessandri : Analyse *Ann. gén. ur.*, 1896. — Vautrin : *Annales génito-urinaires*, 1896.

prostate que Pavone croit fréquente et Legueu rare, sont unanimes à prouver que la section des canaux déférents exerce sur la prostate une action incontestable. D'après Legueu, cette action est moins rapide et notablement différente de celle produite par la castration; mais elle existe pourtant et se traduit par des modifications histologiques manifestes, consistant dans la condensation du stroma autour des glandes et l'atrophie des éléments glandulaires. Quant aux testicules, il est prouvé depuis longtemps que, conformément à la loi qui régit les organes glandulaires, ils s'atrophient après la ligature de leurs canaux excréteurs. Roberto Alessandri, ayant étudié l'influence exercée sur le testicule par la ligature isolée des divers éléments du cordon (canal déférent, vaisseaux, etc), a montré que la seule section du canal déférent suffit à produire l'atrophie testiculaire; il est donc inutile de faire intervenir, comme Prjewalsky, la ligature ou la section des nerfs du cordon.

Ainsi l'expérimentation montre que la section ou mieux la résection des canaux déférents a pour effet d'atrophier le testicule, et de retentir ainsi sur la prostate : un tel résultat justifiait l'essai clinique de cette opération.

Voici d'abord trois observations dans lesquelles nous avons pu nous-même en constater les effets.

Observation I. — D... (Jean), âgé de 68 ans, présentait depuis dix ans des signes de prostatisme caractérisés par la fréquence des mictions la nuit et par une certaine gêne dans l'émission des urines. Cette gêne augmenta peu à peu et atteignit un degré tel que le malade, pour uriner, devait avoir recours à des excitants artificiels, comme, par exemple, se tremper les mains dans de l'eau froide. Ces symptômes s'aggravèrent rapidement pendant le mois de novembre 1895 et, le 1er décembre, le malade, ne pissant plus que par regorgement, entra à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Vallas. On constata alors une hypertrophie de la prostate, accentuée surtout dans le lobe droit; la vessie se vidait mal, il restait après la miction un bas-fond d'environ 700 grammes. Les urines étaient claires, non purulentes.

Le 12 décembre, M. Vallas pratiqua des deux côtés la résection des canaux déférents sur une étendue de 3 centimètres. Les suites furent simples, les plaies guérirent par première intention. Le surlendemain de l'intervention, survint une rétention complète d'urine qui dura trois jours, à la suite de quoi le malade perdit ses urines complètement et constamment pendant environ deux mois. Vers le 15 février, l'incontinence disparut brusquement, la miction volontaire se rétablit et le malade quitta l'hôpital avec des mictions un peu fréquentes (15 à 20 fois pas 24 heures), mais faciles, sans douleurs, si bien qu'il se croyait complètement guéri.

Cet état persista cinq mois. Vers la fin de juillet, à la suite d'un refroidissement, survinrent des signes de cystite : mictions tous les trois quarts d'heure, douloureuses, urines légèrement troubles. Il entra alors de nouveau à la Croix-Rousse, où des lavages quotidiens au nitrate d'argent eurent bientôt fait disparaître sa cystite. A sa sortie de l'hôpital, le 25 août, son état était le suivant : miction volontaire environ 15 fois par jour; le besoin d'uriner et l'émission des urines ne s'accompagnent d'aucune douleur et ne nécessitent pas d'efforts considérables. La prostate a le volume d'une noix, ses lobes sont égaux, assez durs : le cathétérisme pratiqué de suite après la miction montre que le résidu vésical est insignifiant. Le malade se déclare satisfait de son état et se considère comme guéri. Au point de vue génital, il dit avoir assez fréquemment des érections, mais il n'a pas eu de rapports sexuels depuis son opération.

Observation II. — L... (Antoine), âgé de 62 ans. Ce malade a une blennorrhagie dans ses antécédents. Depuis environ vingt ans, il ressentait quelque gêne de la miction et était obligé de se lever chaque nuit deux ou trois fois pour uriner. Depuis un an, la fréquence des mictions avait beaucoup augmenté, il urinait chaque nuit de dix à vingt fois, sans grandes douleurs.

Le 9 juin 1896, à la suite d'un travail pénible, survint brusquement une rétention d'urines : le malade essaya vainement de se sonder et entra à l'hôpital de la Croix-Rousse. Le cathétérisme facile évacua une grande quantité d'urines claires; la prostate fut trouvée volumineuse, surtout dans son lobe droit, de consistance lisse et assez molle.

Le 15 juin, la rétention persistant, on pratique sous anesthésie la résection bilatérale des canaux déférents sur une longueur de 3 centimètres. Les suites opératoires furent simples en ce qui concerne les petites plaies; mais, trois jours après, survint de la fièvre avec des signes de cystite, attribuable sans doute à ce que le malade, qui se sondait lui-même, s'était infecté. Des lavages quotidiens au nitrate d'argent eurent raison de ces accidents et, le 24 juin, la température était redevenue normale, il ne restait plus qu'un peu de purulence des urines et des besoins assez fréquents et assez douloureux. — Le 30 juin, la température s'éleva de nouveau, les signes de cystite reparurent et il se fit dans le testicule gauche une poussée d'épididymite avec funiculite qui aboutit à l'ouverture spontanée d'un petit foyer de suppuration épididymaire. Le testicule droit resta absolument indemne et ne fut jamais douloureux. — Le 7 juillet, ces accidents avaient disparu.

Dès les premiers jours après l'opération, le malade avait commencé à émettre spontanément quelques gouttes d'urine. A partir du 7 juillet, les mictions devinrent de plus en plus nombreuses et de plus en plus efficaces. Mais, à ce moment, se manifesta un état particulier du malade. Il semblait avoir perdu une grande partie de sa force physique et morale; il était devenu mélancolique, déprimé, pleurant facilement, manifestant, au sujet d'incidents futiles, des craintes exagérées. Pendant deux ou trois jours, il eut même du délire véritable. Son intelligence paraissait moins vive, il comprenait mal et avait de la peine à s'exprimer. Ces phénomènes disparurent peu à peu et, à sa sortie de l'hôpital, le 20 août, son état était satisfaisant.

Il avait repris l'appétit et un certain embonpoint. Ses troubles mentaux avaient complètement disparu. Il urinait bien et n'était plus obligé de se sonder qu'une seule fois le soir pour évacuer environ 100 grammes d'urines troubles. La prostate semblait un peu moins grosse, mais la différence était assurément peu sensible.

Observation III. — S... (Jean), 70 ans. Depuis dix ans, le malade se levait deux ou trois fois par nuit. La miction était assez facile, mais le jet d'urine manquait de force. En 1890, rétention d'urines qui obligea le malade à se sonder toutes les trois heures environ et persista pendant deux ans. Il entra à la Croix-Rousse et fut soumis au cathétérisme régulier; la miction volontaire se rétablit et, pendant dix-huit mois, le malade ne fut astreint à se sonder que de temps en temps, mais pas d'une façon régulière.

En 1894, la rétention s'établit de nouveau avec de la cystite : les urines devinrent troubles, les besoins fréquents, le malade dut se sonder toutes les deux heures. Pendant deux ans, il resta ainsi, ayant à diverses reprises de la fièvre et des signes généraux d'infection et n'émettant pas spontanément une seule goutte d'urine. Il entra dans cet état, le 28 juillet, à l'hôpital de la Croix-Rousse. Le cathétérisme était facile, les urines troubles, les besoins fréquents, toutes les deux heures environ, les douleurs assez vives. Le toucher rectal montre une hypertrophie régulière de la prostate.

Le 1er août, résection des canaux déférents des deux côtés sur une longueur d'environ 3 centimètres. L'opération, pratiquée avec la seule anesthésie locale au chlorure d'éthyle, est assez douloureuse, mais cependant aisément supportable.

Dès les premiers jours après l'intervention, il y eut dans l'état du malade une notable amélioration : les besoins d'uriner devinrent plus rares et le cathétérisme ne fut plus pratiqué que toutes les cinq heures. Le 20 août, après quelques efforts assez pénibles, le malade put expulser seul quelques gouttes d'urine; les jours suivants, les mictions devinrent plus fréquentes et plus efficaces et, le 1er septembre, il urinait seul environ 30 grammes, plus une quantité indéterminée dans son bain. Mais, à partir du 5 septembre, il se produisit une aggravation soudaine, les besoins devinrent de nouveau fréquents et douloureux. L'exploration vésicale en fit découvrir la cause en révélant un calcul qui avait jusque-là passé inaperçu. Le 11 septembre, ce calcul fut enlevé par la taille hypogastrique : il avait le volume d'un œuf et était constitué par des masses phosphatiques agglomérées autour de

débris de sonde. Le malade s'est rappelé depuis avoir plusieurs fois cassé ses cathéters en les introduisant.

Voici donc trois observations dans lesquelles la résection des canaux déférents a paru exercer une influence heureuse sur les accidents de l'hypertrophie prostatique. Cette amélioration a été passagère dans le dernier cas, mais cet échec s'explique très bien par la présence du calcul que nous avons enlevé. Nous verrons, en effet, plus loin, que, dans ces conditions, l'insuccès est la règle. Notre observation vient donc confirmer les conclusions qui se dégagent des faits publiés jusqu'ici, faits assez nombreux déjà, puisque nous avons pu compulser 43 observations d'après lesquelles nous allons étudier les résultats de cette opération.

Le résultat le plus positif, sinon le plus souvent obtenu, est l'amélioration de l'émission des urines. On a noté quelquefois une augmentation de la force du jet, une facilité plus grande de la miction, une efficacité plus grande de la contraction vésicale qui arrive à évacuer plus complètement la vessie. Aussi, notre malade de l'observation I, qui avait, au mois de décembre, un bas-fond de 700 gr., est revu sept mois après n'ayant plus, après la miction, qu'un résidu vésical insignifiant.

Mais le fait le plus frappant est le retour de la miction volontaire après des périodes assez longues de rétention complète avec ou sans incontinence. L'exemple le plus typique appartient à Helferich. Une homme de 69 ans, prostatique, avait de la rétention complète depuis quatre mois. Six jours après la résection des canaux déférents, il put émettre quelques gouttes d'urine. Le septième jour, il urinait spontanément 172 grammes et retirait par la sonde 1,900 gr. d'urine. Au bout de deux mois, il pissait 1,800 gr. et n'avait recours à la sonde que pour évacuer un résidu de 200 à 300 gr. Ce fait n'est pas isolé, on en pourrait citer de semblables de Legueu, Vautrin, Routier, Dumstrey, etc. Cette amélioration de la mécanique urinaire est un fait assez général : Helferich dit que, chez tous ses opérés, il l'a observée à un degré quelconque ; elle paraît se produire surtout dans les cas où la rétention n'est pas très ancienne, remontant seulement à quelques mois, tandis qu'elle manque chez les rétentionnistes invétérés comme les deux malades dont M. le Prof. Guyon a rapporté l'histoire au Congrès de chirurgie. Le degré de l'amélioration est assez variable; elle est quelquefois telle que le malade peut absolument se passer de la sonde ; mais, le plus souvent, le cathétérisme reste nécessaire une ou deux fois par jour, quelquefois tous les trois ou quatre jours seulement, pour évacuer le basfond. Souvent, l'effet de l'intervention est presque immédiat, la miction se rétablit dès la première semaine ; il s'agissait alors, sans doute, de rétention due à une poussée congestive que l'opération fait disparaître, d'où le retour de la fonction. Mais, dans les cas où la rétention déjà ancienne est vraisemblablement due à un obstacle prostatique, il faut un temps plus long, environ deux mois, pour que le travail de modification de la glande ait le temps de se produire. On voit alors le rétablissement du cours de l'urine se faire lentement, progressivement, jusqu'à atteindre son degré définitif.

Le deuxième effet de la résection des canaux déférents est la diminution des douleurs et de la fréquence des besoins. C'est là un fait encore plus général que l'amélioration de l'émission des urines ; fréquemment, il accompagne cette dernière dont il est la conséquence naturelle, mais il peut s'observer aussi en dehors de toute modification de la miction. Témoins les deux malades de M. le Prof. Guyon, tous deux rétentionnistes depuis longtemps, qui avaient été amenés à multiplier beaucoup les sondages ; l'intervention fit disparaître les douleurs et permit d'espacer beaucoup plus les cathétérismes jusqu'à laisser entre eux un intervalle de 4 ou 5 cinq heures. Notre malade de l'observation III éprouva, lui aussi, bien qu'il fût lithiasique, la même amélioration, d'une façon passagère il est vrai. Isnardi insiste sur ce résultat de la section des canaux déférents. Sur 11 cas, il a vu 8 fois la disparition complète des douleurs vésicales. La diminution de la fréquence des besoins et des douleurs se manifeste en général dès l'opération ; elle est assez marquée et persiste assez longtemps pour constituer à elle seule un résultat satisfaisant. Les malades n'étant plus tourmentés par leurs envies fréquentes d'uriner, reposent mieux, s'alimentent mieux et leur état général s'en ressent.

On a observé quelquefois une modification appréciable de l'état des urines : des hématuries ont cessé, la pyurie a diminué pour disparaître parfois complètement. A vrai dire, c'est là un résultat rarement observé, nous n'avons trouvé que deux observations dues à Dumstrey et à Harrisson, dans lesquelles cette modification des urines a été vraiment importante; la dernière surtout est intéressante puisqu'on y dit expressément que l'urine est devenue claire, limpide et acide, ce qui n'avait pu être obtenu jusque-là par aucun autre traitement. Dans les cas que nous avons observés, cette amélioration de l'état des urines n'a pas paru exister d'une façon notable, nous avons même dit qu'un de nos opérés (obs. II) eut après l'opération des accidents assez sérieux d'infection vésicale, il conserve encore aujourd'hui un peu de pus dans son urine. Notre malade de l'observation I a pris aussi de la cystite quatre mois après sa sortie de l'hôpital. La résection des canaux déférents ne protège donc pas la vessie contre l'infection. En diminuant la congestion vésico-prostatique, elle peut améliorer l'état des urines, mais cela ne nous paraît pas suffisant pour suivre l'exemple d'Isnardi qui supprime après l'intervention tout traitement autre que le cathétérisme lorsqu'il est indispensable. Les lavages au nitrate d'argent ont ici des indications trop nettes pour qu'il soit permis de les abandonner.

Reste l'état de la prostate. Dans quelques cas on a noté une diminution rapide de son volume (Helferich), mais le plus souvent elle reste grosse et ne subit pas de modifications importantes dans sa consistance. Il est, du reste, difficile d'avoir sur ce sujet des données bien précises, car l'exploration rectale ne permet pas de prendre des mensurations, ni même de comparer avec exactitude les résultats de plusieurs examens faits à des époques assez éloignées. Mais cette question n'a pas tout l'intérêt qu'on lui suppose tout d'abord : l'atrophie de la prostate n'est pas la condition nécessaire de l'amélioration qui existe souvent alors que la glande est restée grosse, nous chercherons plus loin à expliquer ce résultat.

Enfin, au point de vue génital, les malades sont naturellement stériles, mais ils peuvent conserver la faculté d'avoir des érections et même de pratiquer le coït. C'est, du moins, ce que dit Helferich, et les confidences de notre premier malade confirmeraient l'assertion de l'auteur allemand.

A côté des effets favorables de la résection des canaux déférents, il faut signaler quelques complications heureusement passagères et peu graves. Helferich rapporte qu'un de ses malades éprouva pendant quelques jours des envies pénibles d'uriner qui disparurent lorsque survint l'amélioration de la miction. Dans notre obs. I on voit que le malade eut dès le lendemain de l'opération une incontinence complète d'urines qui dura près de deux mois pour disparaître ensuite spontanément et faire place à une amélioration considérable de la miction. On a signalé aussi

une altération singulière de l'état général et des facultés mentales attribuables peut-être aux modifications apportées par l'opération dans la sécrétion testiculaire. Dumstrey observa chez son opéré une dépression subite des forces corporelles et mentales : son malade prit la physionomie d'un vieillard, il devint lent et maladroit dans ses mouvements; son intelligence s'obscurcit au point qu'il comprenait avec peine ce qu'on lui disait. Cet état dura environ 14 jours, puis il s'atténua peu à peu. Nous avons rencontré chez un de nos malades (obs. II) des troubles analogues. Il changea aussi brusquement de physionomie et parut avoir vieilli : il devint mélancolique, inquiet, pleurant dès qu'on lui adressait la parole; il parlait lentement, s'exprimant avec peine et pendant deux ou trois jours il eut même un peu de délire tranquille. Tous ces phénomènes se sont atténués depuis, et il semble être revenu à son état normal.

Ces accidents passagers ne sauraient faire considérer la résection des canaux déférents comme une opération grave. Un de ses principaux mérites est, au contraire, d'être une intervention très bénigne, que l'on peut faire à la rigueur sans anesthésie, et qui, n'entraînant pas le séjour au lit, est facilement supportée même par des malades âgés et souvent plus ou moins cachectiques.

Enfin, dans quelques cas, on n'a obtenu aucune amélioration de l'état des malades. Ces insuccès ont été le plus souvent explicables par l'existence de complications telles que tumeurs, calculs, pyélo-néphrites graves, péritonites suppurées, etc., sur lesquelles la résection des canaux déférents ne pouvait avoir qu'une influence nulle ou passagère. Si on défalque ces cas, il ne reste plus que cinq résultats médiocres ou nuls qui appartiennent à Haynes, Gross, Muguaï, Routier et Isnardi, soit une proportion d'environ 10 0/0.

Ainsi, nous voyons que la résection des canaux déférents exerce le plus souvent une influence favorable qui se traduit par la diminution des douleurs et de la fréquence, l'amélioration de la miction, quelquefois la cessation complète de la pyurie et s'accompagne rarement d'une atrophie appréciable de la prostate. La plupart des faits sont encore trop récents pour qu'on puisse savoir si cette amélioration est persistante; quelques-uns d'entre eux sont cependant assez satisfaisants à ce point de vue : l'opéré d'Harrisson, revu après plusieurs années, celui de Guyon au bout de plusieurs mois, conservaient encore le bénéfice de leur opération; nous pourrions citer aussi notre malade de l'observation I, qui, opéré depuis près d'un an, présente toujours un état satisfaisant.

Tels sont les phénomènes qui ont été observés à la suite de la résection des canaux déférents. Mais on pourrait se demander si ces résultats en somme satisfaisants sont bien toujours attribuables à l'opération. Chacun sait combien variable dans ses symptômes et son évolution est l'hypertrophie prostatique; la résection des canaux déférents n'a-t-elle pas bénéficié dans une large mesure des améliorations spontanées qui se produisent souvent au cours de cette maladie ? C'est là une objection sérieuse, mais qui ne résiste pas devant le nombre assez grand des faits connus aujourd'hui. Nous voyons en effet que, sur 46 cas, on a eu 90 0/0 d'améliorations survenues au bout d'un temps relativement court après l'opération. Il faudrait supposer un singulier hasard pour admettre qu'une modification spontanée des symptômes ait coïncidé aussi souvent avec l'intervention. De plus, l'amélioration post-opératoire peut, quelques faits le montrent, persister longtemps sans qu'il y ait de rechute. Elle acquiert parfois un degré tel qu'elle ressemble à une véritable guérison. Ce sont là des choses qu'on ne voit guère dans l'hypertrophie prostatique évoluant seule, et il semble bien juste d'admettre une relation de cause à effet entre l'intervention et ce changement parfois radical dans l'évolution de la maladie.

L'intervention est donc véritablement active, il reste à savoir par quel mécanisme elle agit. On a invoqué au début une certaine analogie entre l'hypertrophie de la prostate et les fibrômes utérins, pour faire de la castration testiculaire le pendant de l'opération de Battey. Ceci n'est plus soutenable aujourd'hui; l'analogie qu'on invoque ne repose sur rien et nous savons que la résection des canaux déférents donne des résultats sensiblement égaux à ceux de la castration, sans provoquer une atrophie importante de la glande. Elle produit évidemment des modifications dans le tissu glandulaire, l'expérimentation le prouve, et seule cette action permet d'expliquer, par exemple, l'amélioration lente de la miction qui demande deux mois pour se compléter. Mais ce résultat est rare et il semble bien que l'effet le plus appréciable de l'intervention soit, comme l'a dit M. le professeur Guyon, de faire diminuer ou cesser la congestion vésico-prostatique qui joue un si grand rôle dans la pathogénie des accidents du prostatisme.

Cette hypothèse est la seule qui puisse expliquer l'amélioration que l'on a observée souvent en l'absence des modifications appréciables de la prostate; elle est aussi la seule qui permette de comprendre la diversité des résultats obtenus, et notamment la diminution des douleurs et de la fréquence, la cessation des hématuries et de la polyurie, sans que la miction volontaire ait été rétablie ou améliorée.

Maintenant, comment se produit cette décongestion ? On en a fait un acte réflexe dont le point de départ se trouverait dans la ligature ou la section des nerfs contenus dans le cordon. Cela semble peu probable, puisqu'on obtient les mêmes effets en limitant l'opération au seul canal déférent. Il est bien plus vraisemblable que la section du canal déférent, en supprimant la fonction testiculaire, fait cesser les excitations congestives qui partent de cette glande et détermine ainsi une sorte de repos dans tout l'appareil urinaire.

Si cette conception du rôle de la miction des canaux déférents est vraie, cette opération n'est, dans la plupart des cas, que palliative; et ceci s'accorde bien avec les résultats de l'étude clinique. Mais ce n'est pas une raison de la dédaigner, puisqu'elle est capable de produire des effets bons et parfois suffisants pour donner l'illusion de la guérison. Peut-être encore est-il permis d'espérer que, non contente d'agir sur les symptômes présents, elle prévienne ou retarde dans une certaine mesure les accidents graves qui menacent tout prostatique. En tous cas, son action est suffisamment nette pour qu'elle mérite d'être conservée, eu égard surtout à la simplicité et au peu de dangers qu'elle fait courir. Quelles sont donc ses indications ?

Elle ne peut rien contre les complications immédiatement menaçantes qui resteront justiciables de la sonde à demeure et de la cystostomie. Elle est donc indiquée surtout à la période moyenne du prostatisme lorsque la congestion domine la scène et règle l'apparition des accidents (cystite, hématurie, rétention complète ou incomplète). Plus tard, en présence de déformations prostatiques anciennes, elle peut encore rendre des services en diminuant les douleurs, mais son efficacité est déjà moindre, comme le rôle du facteur sur lequel elle agit. Limitée à ces indications, elle peut rendre des services; si elle répond aux espérances qu'elle a fait naître, on peut assurer qu'elle occupera une place importante dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

(*Lyon Médical.*)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Deux formes de névroses respiratoires.

M. Strubing (*Zeitschrift für klin. Medic.*, vol. XXX) fait connaître deux nouveaux genres d'affections se rapportant à la classe des névroses respiratoires, et qu'il désigne sous le nom de spanopnée et de tachypnée. Il a eu l'occasion d'observer deux cas de chacune de ces deux affections. Comme il est facile de le comprendre d'après la dénomination de spanopnée et de tachypnée, il s'agit de ralentissement et d'accélération de la respiration, survenant par accès.

Les accès de spanopnée, dans les cas dont l'auteur rapporte l'histoire, se caractérisaient par un ralentissement considérable de la respiration, avec sensation de dyspnée et d'angoisse. Au point de vue objectif, chez le premier malade, Struhing remarqua une légère rétroflexion avec laryngite de la paroi postérieure du larynx. L'attouchement de la muqueuse laryngée affectée de laryngite provoquait un accès typique de spanopnée. Aussi l'auteur croit-il que la spanopnée était d'origine réflexe et était provoquée par l'irritation du nerf laryngé supérieur. Chez le second malade, on voyait une rhinite chronique; chez lui, c'est à l'irritation du trijumeau qu'il fallait rapporter les accès de spanopnée.

Les traitements dirigés contre la laryngite et contre la rhinite guérirent les deux malades de leur spanopnée.

Quant à la tachypnée, dont l'auteur rapporte également deux cas, elle se traduisait par des accès survenant tous les trois jours en moyenne. Il y avait alors près de soixante mouvements respiratoires par minute. Chez la première des deux malades atteintes de tachypnée, l'affection se termina lorsqu'on eut redressé l'utérus, en position vicieuse. Chez l'autre, jeune homme de vingt ans, la tachypnée disparut par un traitement dirigé contre un léger catarrhe bronchique des deux bases.

Mais, fait à noter, en même temps était institué un traitement antinerveux, tous les malades atteints étant essentiellement des névropathes.

Autre fait à noter : tandis que les accès de spanopnée duraient quatre à dix minutes, ceux de tachypnée duraient de trente minutes à quatre heures.

Les viscères abdominaux et thoraciques étaient absolument indemnes. Il s'agit bien naturellement de réflexes relevant de causes diverses, mais apparaissant sur un terrain prédisposé, chez des gens subissant l'influence de la grande tare nerveuse.

AUTRICHE

Un cas d'otite purulente compliquée.

Parmi les observations lues au Congrès des médecins otologistes autrichiens, tenu récemment à Vienne, il en est plusieurs qui méritent d'être relevées, et parmi elles il convient peut-être de citer en première ligne celle de **Politzer**, relative à des complications particulières pouvant survenir au cours d'otites purulentes.

Une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, fut atteinte, au mois de mai 1894, d'une otite purulente de très sérieuse gravité. Les phénomènes locaux, douleur, fièvre, otorrhée, présentaient une très forte intensité. L'état général, de son côté, se traduisait par une fièvre persistante de 39 à 40 degrés. Aussi Politzer dut-il intervenir par la trépanation de l'apophyse mastoïde, et devant la non-cessation des phénomènes précités après cette première intervention, dut-il dénuder le sinus latéral. Ce dernier ne présentait aucune lésion appréciable, et son sang ne contenait aucun streptocoque.

Malgré ces deux opérations, l'état général empirait toujours, jusqu'au moment où apparut une douleur assez intense au niveau de la moitié droite du cou, le long du trajet des vaisseaux. L'idée de thrombose de la veine jugulaire s'imposait, d'autant plus que l'on sait que la thrombose de la veine jugulaire est une des grandes complications à craindre au cours des otites purulentes. Bientôt, du reste, éclatèrent au niveau du vaisseau thrombosé les manifestations phlegmsueuses auxquelles il était facile de s'attendre.

Mais ce qui fait l'intérêt, à la fois théorique et pratique, de cette observation, c'est que les accidents et complications ne s'arrêtèrent pas là. Quelques jours plus tard, en effet, l'articulation du coude droit devint le siège d'une arthrite purulente.

Ces complications à distance, dans le cours des otites purulentes. sont évidemment chose rare. Mais elles ne sont néanmoins pas tellement rares que l'on doive les considérer comme une simple curiosité. Différents otologistes ont déjà signalé la présence de collections purulentes par suite d'otites, et le praticien devra être averti de la possibilité de ces faits pour pouvoir, le cas échéant, remonter à l'origine d'abcès ou de phlegmons dont il serait difficile, sans cette indication, de trouver la raison d'être. On a même signalé la formation de phénomènes infectieux dans les poumons. L'infection auriculaire gagnait dans ce cas la trompe d'Eustache, et l'on est forcé d'admettre qu'elle suivait de là les voies aériennes naturelles pour aboutir aux poumons. L'hypothèse de communication lymphatique a même été émise, particulièrement en présence de phénomènes pleurétiques qu'on aurait observés après ou au cours d'otites purulentes. Il faut ajouter que les communications lymphatiques, tout en étant considérées comme incontestables, demandent encore à être l'objet de recherches anatomiques plus précises.

Les complications éloignées des otites purulentes, comme celle que signale Politzer, revêtent très souvent un caractère de gravité de premier ordre. Parfois elles compromettent l'existence; si, dans le cas présent, Politzer a vu sa patiente se rétablir, il n'en est pas moins vrai que celle-ci perdit complètement l'usage de l'articulation du coude droit, qui resta totalement ankylosée.

Politzer, d'ailleurs, règle lui-même le pronostic de ces sortes d'affections, et montre, en terminant son observation, combien moins graves sont les déterminations infectieuses bien localisées, consécutives aux otites purulentes, que les cas à septicémie généralisée.

Peut-être faut-il supposer que, dans les cas graves, comme ceux auxquels nous faisons allusion plus haut, l'infection, au lieu d'être simplement localisée, s'accompagne d'un degré plus ou moins marqué de septicémie n'atteignant toutefois pas assez d'intensité pour dominer la scène et ne faire passer qu'au second plan la détermination locale de l'infection.

En tous cas, si la forme est bien localisée, il est évident que le pronostic sera surtout sombre au point de vue fonctionnel; telle l'observation de Politzer, où une otite purulente aboutit à la perte d'un membre. L'affection, localisée ailleurs, aurait pu avoir des conséquences peut-être plus étendues, en ce sens qu'un organe indispensable à la vie eût pu être atteint.

S'agit-il de septicémie généralisée, le pronostic devient beaucoup plus sérieux, et l'otite purulente aboutit ainsi aux pires conséquences.

De l'ostéomalacie.

L'ostéomalacie est une des affections sur lesquelles on a jusqu'ici le moins de données précises, surtout à cause de sa rareté relative dans nos régions. Aussi est-il fort intéressant de connaître l'article que **M. Tauffer** lui consacre, et dont le *Centralblatt für Gynækologie* donne un résumé fidèle et exact. Cet article est d'autant plus important qu'il paraît dans un des pays où l'ostéomalacie a été le moins étudiée, la Hongrie.

Le travail de Tauffer est basé sur 16 observations personnelles, et sur une trentaine d'autres, toutes se rapportant à des faits observés en Hongrie.

Le chapitre étiologique contient d'utiles renseignements sur l'influence de l'eau et du terrain dans la production de la maladie. L'auteur accorde à ces deux éléments une simple action prédisposante; et il en veut pour preuve le grand nombre de cas d'ostéomalacie signalés dans l'île Csallokœz, située dans le Danube, au nord-ouest de la Hongrie.

La question de la pathogénie est une des plus complexes de l'étude de l'ostéomalacie, et les théories ne manquent pas, qui se sont donné libre cours, sans pouvoir assez appuyer leurs hypothèses sur des faits expérimentaux suffisants. Les uns font de l'ostéomalacie une intoxication acide, les autres une infection microbienne. Tauffer rejette ces deux théories, et il donne la préférence à celle de Meusser. Ce dernier considère l'ostéomalacie comme dérivant d'un trouble trophique de la moelle osseuse, déterminé par une lésion de l'ovaire et transmis par le sympathique. On n'ignore pas en effet que l'ovaire est considéré comme ayant une influence, inconnue encore, sur la production des éléments éosinophiles, et que les partisans de cette façon de voir montrent quelle est la diminution des cellules éosinophiles, après la castration.

Signalons en passant la remarque symptomatologique de l'auteur, qui insiste sur le début des altérations par le bassin et le tronc, tandis que les os longs sont encore intacts, pour n'être malades que plus tard, et arrivons au traitement qui découle pour Tauffer de la pathogénie qu'il admet. C'est la castration qui pour lui est le traitement de choix. Elle est plus spécialement indiquée chez les femmes jeunes dont le bassin est trop rétréci pour permettre la naissance d'un enfant vivant, même avec un accouchement prématuré provoqué. En cas de grossesse avancée, c'est l'opération de Porro que recommande Tauffer, et enfin, ne voulant rien négliger du traitement médical, il donne, au début de l'affection, le phosphore, et prescrit tous les soins généraux appropriés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 octobre.

Infections provoquées par les bacilles du groupe proteus et propriétés agglutinantes du sérum dans ce genre d'infections.

MM. **Lannelongue** et **Achard** rappellent la tendance actuelle qui attribue un rôle pathogène au microbe du groupe proteus. Ils ont eu eux-mêmes l'occasion de voir des bacilles de ce genre dans deux cas de méningites putrides; ces microbes étaient virulents, et quatre gouttes de bouillon de culture injectées dans les veines tuaient les lapins.

Ces bacilles, introduits dans le sang, ne font pas de lésions diffuses dues à l'action de produits toxiques. Il ne provoquent pas non plus de lésions localisées relevant des microbes eux-mêmes.

Le proteus se développe néanmoins bien dans le sang *in vitro*. Mais la phagocytose s'exerçant sans doute mieux sur le proteus que sur les autres microbes, il est rapidement détruit quand il est disséminé dans le courant sanguin. C'est pourquoi le proteus injecté dans les veines avec le streptocoque donne bien lieu à des lésions localisées, mais où seul le streptocoque se rencontre. De même pour d'autres microbes associés.

Chez l'homme, le proteus passe rarement dans les tissus vivants, et cependant on le voit constamment, pour ainsi dire, dans le tube digestif. Après la mort, il n'envahit que tardivement les organes, en général devancé par les staphylocoques.

Mais en contact avec le sérum d'animaux immunisés, les microbes du groupe proteus subissent le phénomène de l'agglutination. Cette réaction agglutinante a été utilisée par les auteurs, pour voir s'il y a moyen de différencier les divers groupes de bacilles se rapportant au proteus vulgaris, et capable de faire de l'hydrogène sulfuré aux dépens des matières albuminoïdes. C'est ainsi que deux échantillons différenciés par quelques caractères de culture se différencient aussi par le sérum.

Trouve-t-on le proteus à l'autopsie d'un animal, la réaction agglutinante avec le sérum montre que cet animal était atteint pendant la vie d'une infection due au proteus, et non sous le coup d'un envahissement cadavérique.

Dans ces conditions, on conçoit la possibilité d'utiliser le sérum pour reconnaître une infection due au proteus, comme on le fait déjà pour la fièvre typhoïde. Les auteurs ont fait quelques recherches sur ce sujet, mais sans avoir obtenu encore de résultats concluants.

CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

(Tenu à Genève.)

Si nous résumons ici les principales communications et les principaux débats auxquels a donné lieu le Congrès d'Anthropologie criminelle, c'est que la question a acquis une portée d'une importance considérable par suite de la communication de M. Ferri sur l'existence du criminel-né. Il ne s'agit pas là d'une simple curiosité, mais bien de l'édification d'une théorie d'où découlerait une solution catégorique au grand problème de la responsabilité individuelle. Ce point est un de ceux où la physiologie vient donner la main à la psychologie, et par ses conclusions est capable d'influer grandement dans les discussions capitales qui sont engagées sur le terrain de cette dernière science.

La déclaration de M. Ferri a, du reste, fait le tour de l'Europe, et n'est pas restée cantonnée dans les limites du monde scientifique. La presse tout entière s'est occupée de cette question, et, faute peut-être de faits politiques purs à offrir au public pendant le temps des vacances et du chômage parlementaires, a traité et commenté le problème du type du criminel-né.

Voici d'ailleurs le résumé du débat sur ce sujet:

Dans une communication de **Lombroso** sur l'histoire de l'anthropologie et de la sociologie criminelles depuis 1890, ce dernier semblait affirmer à nouveau une théorie dont il fut l'auteur, mais que lui-même paraissait avoir, en partie tout au moins, abandonnée depuis longtemps. L'école italienne, avec Lombroso en tête, admet l'existence d'un type, le criminel-né, que certains signes anatomiques rendraient reconnaissable. Par suite, un individu en naissant serait porteur de signes spéciaux qui permettraient de le classer parmi les criminels; ces signes se développeraient au fur et à mesure que l'individu lui-même marche vers son complet développement. La contre-partie de cette façon de voir veut qu'en dehors de ce type il n'existe pas de criminel. C'est là le rejet de la responsabilité individuelle, puisque tel individu est condamné à devenir criminel.

On conçoit facilement l'absolu de cette théorie, et les objections nombreuses auxquelles elle a donné lieu. Cependant, en entendant Lombroso paraître en faire une nouvelle affirmation, **Nœcke** (de Leipzig) et **Dallemagne** (de Bruxelles) ont catégoriquement posé la question à l'école italienne.

La réponse a été faite par **Ferri**, l'un des plus brillants élèves de Lombroso. La déclaration est à retenir. L'école italienne, a-t-il dit, ne fait pas du criminel-né un type exclusivement anatomique, mais elle considère l'homme criminel comme une personnalité complète, à la fois biologique, psychologique et sociale. Les trois facteurs anthropologiques, du milieu physique et du milieu social, doivent concourir pour faire d'un individu un criminel. Aussi un homme porteur des stigmates du criminel-né peut-il ne jamais commettre de crimes, si les deux autres facteurs ne sont pas venus exercer leur influence sur lui.

La déclaration de M. Ferri n'aboutit pas à la reconnaissance de la responsabilité individuelle, mais, du moins, ce ne sont pas les raisons anatomiques et anthropologiques pures qui font de l'homme un criminel. Voilà l'anatomie partiellement déchargée d'un crime qu'elle n'a jamais songé à commettre. Mais le criminel n'en reste pas moins un irresponsable. Quoi qu'il en soit, la théorie primitive italienne a subi une évolution incontestablement heureuse.

Du reste, à propos d'une autre communication, **Minovici** (de Bucharest) a affirmé n'avoir jamais trouvé le type criminel de Lombroso, tout en reconnaissant avoir rencontré quelques-uns des stigmates définis par lui.

Ferri a repris à nouveau la question du criminel-né, à propos d'un rapport dont il a donné lecture le lendemain du jour où avait eu lieu la discussion précitée.

Dans ce travail, Ferri s'efforce d'élargir le cercle des étude anthropologiques, et surtout il demande à ses collègues de se placer à un point de vue plus général. Les études anthropologiques. d'abord purement analytiques, ont fait un certain pas vers les points de vue synthétiques. Mais on se borne toujours à étudier l'individu isolé, sans le mettre dans son milieu social, c'est-à-dire dans la sphère d'action où il aura à se mouvoir. On ne peut qu'approuver l'initiative prise par Ferri; mais où sa parole devient plus sujette à caution, c'est lorsqu'il en arrive à définir le tempérament criminel, comme il dit, et non plus le criminel-né. Ce tempérament criminel est ainsi défini : une personnalité biopsychologique qui ne peut subir les conditions d'existence sociale du présent, et qui cède à l'impulsivité du système nerveux dégénéré par la misère physiologique ou physique, ou bien déséquilibré par le fanatisme ou le monoïdéisme.

Lombroso appuie Ferri, en citant des cas de criminalité précoce s'expliquant, à son sens, par la pathologie et l'hérédité.

Bechterew, à ce propos, rappelle sa thèse de la criminalité innée chez les descendants d'alcooliques. Il cite le cas d'une petite fille, dont les parents étaient alcooliques, sans sentiment moral dès cinq ans, et réfractaire à toute éducation.

Dallemagne et **Bertillon** (de Paris) s'élèvent, au contraire, contre le tempérament criminel de Ferri. Le premier lui reproche de trop synthétiser, créant ainsi un type dont les cas particuliers ne se rapprocheront pas suffisamment. Le tempérament criminel, c'est l'absence de sens moral, c'est-à-dire un phénomène morbide.

Quant au second, il ajoute un autre élément à la question, et par là l'amène sur son véritable terrain. Le sens moral, dit-il, n'est pas préétabli. Il faut, pour le créer, l'éducation. C'est celle-ci qu'il faut accuser, si le sens moral fait défaut, bien plus que l'hérédité.

La tare transmise par les parents devient bien plus une tare d'éducation morale qu'une simple tare héréditaire. On ne saurait trop approuver Bertillon : l'influence de l'éducation, si souvent mise en lumière, est complètement rejetée par l'école italienne, qui veut créer des types irresponsables au lieu d'individus capables. jusqu'à un certain point tout au moins, d'agir en tenant compte des éléments nouveaux développés en eux par l'éducation. Cette éducation doit commencer très tôt, ajoute Bertillon, puisqu'il a pu voir que l'enfant a connaissance des sentiments qui s'agitent autour de lui, dès ses premiers balbutiements.

Ces deux discussions ont dominé les études du Congrès d'Anthropologie criminelle de Genève. On se rend facilement compte de leur importance, en même temps que la divergence de vues des orateurs prouve la difficulté des solutions qu'elles comportent. Il nous semble toutefois qu'on ne saurait assez mettre en lumière la déclaration de Bertillon, rendant pleinement justice au rôle bienfaisant de l'éducation morale.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Inscriptions.

Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1896-97, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 3 heures :

1er trimestre 1896-97 : 1° Inscriptions de 1re année (voir ci-dessous l'affiche spéciale) ;

2° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années, du 7 octobre au 7 novembre 1896 (exceptés les lundis et mardis).

2e trimestres 1896-1897 : Les inscriptions des quatre années seront délivrées du 6 au 28 janvier inclus (excepté les lundis et mardis).

3e trimestre 1896-97 : 1° Inscriptions de 1re année du 24 au 27 mars inclus ;

2° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années, en avril : les 2 et 3; du 7 au 10 et du 26 au 29 inclus.

4e trimestre 1896-97 : 1° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années (officiat), le 24 juin ;

2° Inscriptions de 1re année (doctorat), en juillet : les 2 et 3;

3° Inscriptions de 2e, 3e et 4e années (doctorat), du 7 au 10 et du 12 au 20 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles, aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés : Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Inscription des élèves nouveaux.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à 3 heures, au secrétariat de la Faculté, du 12 octobre au 15 novembre 1896.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes :

1° Acte de naissance;

2° Consentement du père ou tuteur. (Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur);

3° Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie);

4° Certificat d'études physiques, chimiques et naturelles;

5° Certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Le Conseil de la Faculté a décidé que la revaccination aurait lieu : 1° à l'Académie de médecine, 41, rue des Saint-Pères; 2° à l'Institut de vaccine animale, 8, rue Ballu.

Pour se présenter dans ces établissements, des bulletins individuels de revaccination obligatoire seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1) tous les jours, de midi à 3 heures.

Consignations pour examens qui se passent en sessions.

I. — Ancien régime.

1er Examen de doctorat : 1° Session d'octobre 1896. — Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées

et ayant consigné les 5 et 6 octobre 1896. La session aura lieu du 19 au 31 octobre 1896 ;

2° Session de janvier 1897. — Seront seuls admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octocre 1896. (La 5° et la 6° inscriptions seront délivrées en janvier 1897, aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1896, et acquitté les droits réglementaires (40 francs). Les consignations seront reçues les 21 et 22 décembre 1896. La session aura lieu du 4 au 16 janvier 1897 ;

3° Session de juillet 1897. — Seront admis tous les candidats pourvus de 4 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 14 et 15 juin 1897. La session aura lieu du 5 au 13 juillet 1897.

2° Examen (1re partie) : Session de mars 1897. — Seront admis tous les candidats pourvus de 10 inscriptions au moins non périmées, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 27 février, 1er, 8 et 9 mars 1897. La session commencera le 16 mars.

Examens de fin d'année (officiat) : 1° Session d'octobre 1896. — Seront seuls admis les élèves officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1896 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues les 5 et 6 octobre 1896. La session aura lieu du 19 au 31 octobre 1896 ;

2° Session de juillet 1897. — Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, 4, 8 ou 12 inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues les 14 et 15 juin 1897. La session commencera le 28 juin 1897.

N. B. — MM. les élèves officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. — Nouveau régime.

1er Examen de doctorat : Session de mars 1897. — Seront admis les candidats, pourvus de 6 inscriptions, ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les jeudis 4 et 11 mars 11 mars 1897. La session commencera le 16 mars 1897.

MM. les candidats ajournés au 2e examen de doctorat (1re partie) — ancien régime — et au 1er examen de doctorat — nouveau régime — sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 14 juin);

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 14 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 16 mai;

A partir du 1er juillet, pour les candidats ayant échoué après le 16 mai et avant le 30 mai.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 24, 25, 31 mai et 1er juin inclusivement. dernier délai;

Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 30 mai consigneront les 14 et 15 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

N. B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Stage hospitalier.

Le classement des stagiaires pour l'année scolaire 1896-97 (du 1er décembre 1896 au 15 juin 1897) aura lieu les 3, 5 et 6 novembre 1896, de 9 à 11 heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les stagiaires ne changeront pas de service au mois de mars 1897.

Seront inscrits d'office sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1896-97, et qui auront pris l'inscription de juillet 1896 à la Faculté de médecine de Paris ; savoir : 8e ou 12e (régime de 1878), 4e (régime de 1893).

Seront invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1896, MM. les étudiants, soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1896 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou Ecole des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

MM. les étudiants qui seront appelés sous les drapeaux en novembre 1896 sont priés d'en informer le doyen, par écrit, avant le 15 octobre 1896.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque stagiaire (faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu).

Exercices de dissection.

Classement dans les pavillons de dissection (école pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux).

1° A partir du 1er novembre 1896, les étudiants de 2e année de dissection seront appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1896, à la Faculté de médecine de Paris, la 8e inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la 4e inscription (nouveau régime d'études : 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1896, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres, — ou qui auraient pris la 8e ou la 4e inscription dans une Faculté ou Ecole des départements — (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

Pour 1896-97, le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures du matin, le vendredi 30 octobre 1896.

Une lettre de concocation individuelle sera adressée à chaque étudiant du 15 au 20 octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse s'il y a lieu.)

2° Les étudiants de 1re année de dissection seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté.

Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la 5e inscription.

Les étudiants appelés sous les drapeaux en 1896-97 sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Le jury est provisoirement composé de MM. Brocq, Dumontpallier, Legendre, Achard, Lejars, Guinard, Richelot. Panas, Pinard, Maygrier.

Concours de l'externat.

Le jury est composé de MM. Jacquet, Lesage, de Gennes, Courtois-Suffit, Arrou, Rieffel, Villemin, Potocki.

ACTES OFFICIELS

L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine, le 26 octobre.

Les registres d'inscription seront clos le 26 octobre.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 42 17 Octobre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Anatomie pathologique et traitement du pied bot varus équin congénital.

Par E. Kirmisson.

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, membre de la Société de Chirurgie.

Le meilleur guide pour le chirurgien qui se propose de redresser une difformité, c'est l'anatomie pathologique. C'est elle, en effet, qui nous fait connaître les obstacles contre lesquels nous avons à lutter. Faisant l'application de ce principe à la cure du pied bot varus équin congénital, nous passerons d'abord en revue les diverses altérations qui caractérisent cette difformité.

I. — Anatomie pathologique

Cette étude est extrêmement complexe : il n'est pas, en effet, un seul des éléments qui entrent dans la constitution anatomique du pied qui ne participe aux altérations caractéristiques du pied bot varus équin congénital. Nous devons donc passer successivement en revue ces altérations dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses, les tendons, les ligaments et les os. Nous commencerons par les altérations du squelette, qui sont les plus importantes.

Ces altérations osseuses ont été très bien étudiées par Adams d'abord, puis par Parker et Shattock, et Scudder (de Boston) ; nous les décrirons en nous appuyant sur l'examen de douze pièces que nous avons pu recueillir dans notre service des Enfants-Assistés, et qui font partie des collections réunies dans notre laboratoire.

Des deux éléments qui entrent dans la constitution du pied bot varus équin congénital, l'équinisme et le varus, c'est ce dernier qui constitue, à notre sens, l'élément principal, c'est lui qui imprime à l'organe les déformations les plus importantes, et qui donne naissance aux plus grandes difficultés de redressement. Tout se passe comme si le pied avait subi autour de l'articulation médio-tarsienne un mouvement de torsion portant en haut et en dedans la pointe du pied, tandis que son bord externe est dirigé en bas et en dehors. Aussi est-ce sur l'articulation médio-tarsienne, et, en particulier, sur l'astragale, que portent les lésions principales.

1° Astragale. — Tout l'astragale est aplati de haut en bas ; en même temps, du fait de l'équinisme, il est subluxé en avant sur les os de la jambe. Sa partie postérieure, qui reste en contact permanent avec la mortaise péronéo-tibiale, est considérablement atrophiée et amincie, au point que la gouttière destinée au passage du tendon fléchisseur propre du gros orteil cesse parfois d'être visible. Comme l'a fait observer Adams, cette partie postérieure de la surface articulaire restée seule en contact avec la mortaise jambière est parfois séparée de la partie antérieure devenue non articulaire par une crête saillante. Des deux surfaces articulaires latérales, celle qui répond à la malléole péronière est très développée, ainsi que le fait est noté d'une façon spéciale dans trois de nos observations ; au contraire, la facette articulaire interne, celle qui est en rapport avec la malléole tibiale, est beaucoup moins marquée qu'à l'état normal.

Mais les altérations les plus importantes sont celles qui portent sur la tête et sur le col de l'os. La tête de l'astragale est atrophiée, en même temps qu'elle est déjetée en dedans ; il en résulte que le col est allongé du côté externe, tandis qu'il est, au contraire, raccourci du côté interne. Bouvier décrit à la déformation de la tête astragalienne les trois degrés suivants, qui répondent à des altérations plus ou moins prononcées : 1° dans le premier degré, il y a seulement un léger déplacement de la facette scaphoïdienne en dedans ; 2° dans le deuxième degré, la tête se rétrécit et tend à devenir pointue ; 3° enfin le troisième degré est caractérisé par ce fait que la surface articulaire conique est située tout à fait au côté interne de l'astragale ; la tête forme alors le sommet mousse de l'éminence représentée par le col.

Une déformation de la tête astragalienne qui a été bien signalée par Adams et que l'on trouve souvent, c'est celle dans laquelle la tête, au lieu de présenter une surface sphéroïde, affecte la forme d'un coin dont le sommet est dirigé en avant. De chaque côté de cette crête saillante se trouvent deux surfaces articulaires dont l'interne s'articule avec le scaphoïde, tandis que l'externe répond au cuboïde.

Six fois, sur nos douze pièces, cette déformation a été notée d'une façon particulière. Mais le trait le plus caractéristique dans les déformations de l'astragale, c'est l'obliquité exagérée de la tête et du col par rapport au corps de

l'os. Elle constitue un des obstacles les plus considérables qui s'opposent à la réduction. Et il ne s'agit pas là, comme on a pu le croire, d'une déformation secondaire, se produisant seulement dans les pieds bots invétérés. Adams a parfaitement montré qu'elle s'observe même chez le nouveau-né. Les recherches de Parker et Shattock, celles de Scudder, auxquelles nous avons déjà fait allusion, et les nôtres, confirment sur ce point le travail d'Adams.

Les mensurations qu'a pratiquées Parker lui ont donné les résultats suivants :

Angle formé par la tête et le corps de l'astragale :

Chez le nouveau-né..............	38°
Chez l'adulte..............	10°,15
Dans le pied bot.......... 49°,6 à	64°

Scudder a repris ces mensurations et a trouvé :

Sur 25 adultes..............	13°,98
Sur 11 fœtus..............	35°,92
Sur 2 pieds bots de fœtus..........	50°,50

Réunissant ses chiffres à ceux obtenus précédemment par Parker et Shattock, Scudder arrive aux moyennes suivantes :

Adultes..............	12°,32
Fœtus..............	35°,76
Pieds bots..............	50°.05

Tous ces résultats parlent dans le même sens, et s'accordent à démontrer que, dans le pied bot varus équin congénital, la tête de l'astragale présente une inclinaison vicieuse sur le corps; par là, l'astragale s'éloigne des conditions observées chez l'adulte pour se rapprocher d'un état normal sur le pied bot des nouveau-nés. Par là encore, l'astragale se rapproche, dans le pied bot, de ce qu'on observe normalement dans la famille des primates, chez l'orang et le chimpanzé, par exemple.

Parker et Shattock ont trouvé comme obliquité du corps sur le col 27° chez un chimpanzé adulte, et 43° chez un jeune orang. Il ne faut pas oublier, en effet, que le pied, chez ces animaux, en même temps qu'il sert à la progression, est utilisé aussi pour la préhension : il est donc admirablement disposé pour l'adduction. Le pied bot peut, à cet égard, être considéré comme une altération régressive, nous rapprochant de la famille des primates.

Mais ce qui ne manquera pas de surprendre le lecteur des travaux précédents, c'est que l'obliquité du col sur le corps de l'astragale qui, si marquée qu'elle soit, répond toujours à un angle obtus, y soit toujours exprimée par des chiffres aussi faibles. Cela tient à ce que ces auteurs ont mesuré, non pas l'angle formé par l'axe du corps sur l'axe du col, mais bien l'angle formé par l'axe du corps avec une ligne suivant le bord externe du col de l'astragale. Ce procédé nous semble à la fois peu logique et légèrement inexact; car l'axe du col et la ligne suivant le bord externe de ce même col ne sont pas rigoureusement parallèles.

Il nous a donc semblé préférable de mesurer l'angle formé par l'axe du corps avec l'axe du col de l'astragale. Les résultats de ces mensurations pratiquées sur les douze pieds bots d'enfants nouveau-nés que nous avions à notre disposition, ont été consignés dans un travail que nous avons publié dans ce Recueil, en 1895, en collaboration avec un de nos élèves, M. Charpentier (1). Nous avons trouvé comme moyenne de nos mensurations 137° pour le pied bot, 152° à 161° pour l'enfant, 156° à 161° pour l'adulte. Ces résultats viennent confirmer ceux des auteurs que nous avons cités plus haut, mais ils nous semblent exprimés d'une façon plus logique, en ce sens que plus l'angle formé par le col avec le corps de l'os se caractérise, plus le chiffre qui exprime cet angle diminue; tandis que, dans le mode de mensuration des auteurs anglais, à des angles de plus en plus aigus, correspondaient des chiffres de plus en plus élevés.

2° Calcanéum. — Bien qu'assez constantes, les altérations du calcanéum sont moins importantes que celles de l'astragale. Du fait de l'équinisme, le calcanéum, comme l'astragale, a changé de direction. Au lieu d'être horizontalement dirigé, son axe antéro-postérieur devient plus ou moins oblique, au point même de se rapprocher de la position verticale. Son apophyse postérieure est attirée en haut et en dedans par le tendon d'Achille; elle est souvent atrophiée et amincie; au contraire, l'apophyse antérieure, très développée, fait une saillie anormale sous la peau de la face dorsale externe du pied. Outre ce changement de direction, le calcanéum a subi parfois une très forte incurvation sur lui-même, de telle sorte que la concavité de sa face interne, autrement dit la gouttière calcanéenne, est très exagérée; la face externe est fortement convexe et fait sous la peau une saillie plus marquée qu'à l'état normal. Parfois cette incurvation du calcanéum sur lui-même est telle que le grand axe des articulations sous-astragaliennes, au lieu d'être dirigé dans le sens antéro-postérieur, tend à se rapprocher de la direction transversale. C'est ce qui existe sur une de nos pièces.

3° Scaphoïde. — En rapport avec les changements de forme et de direction de la tête de l'astragale, il faut s'attendre à rencontrer des changements correspondants du côté du scaphoïde. C'est en effet ce qui arrive; toutefois, ces altérations portent beaucoup plus sur la position et la direction de l'os que sur sa forme elle-même. Au lieu d'être horizontalement dirigé et de s'emboîter exactement sur la tête de l'astragale, le scaphoïde laisse à nu toute la partie antérieure et externe de cette tête; il s'articule seulement avec la partie interne de la tête astragalienne, laissant à découvert la plus grande partie de son étendue, et souvent, comme nous l'avons déjà dit, les deux surfaces articulaires, l'ancienne et la nouvelle, sont séparées l'une de l'autre par une crête saillante. Le scaphoïde tend à prendre une direction verticale; la grosse tubérosité étant attirée en haut et en arrière par le tendon du jambier postérieur. Elle arrive ainsi en contact avec le sommet de la malléole interne au point de s'articuler quelquefois avec elle.

Les autres os du tarse ne subissent que des modifications peu importantes. D'après Adams, le cuboïde, chez le nouveau-né, serait toujours normal. Nous avons noté, sur quelques-unes de nos pièces, un développement exagéré de son bord externe et de sa tubérosité postérieure.

(1) Voyez Kirmisson et Charpentier : L'obliquité du col de l'astragale dans le pied bot varus équin congénital, son mode de mensuration. *Revue d'Orthopédie*, 1895, p. 291.

Altérations osseuses chez l'adulte. — Chez l'adulte, on rencontre les mêmes déformations osseuses: mais elles sont encore plus accusées. C'est ici surtout qu'on observe l'incurvation du calcanéum sur lui-même, exagérant la profondeur de la gouttière calcanéenne, rendant convexe la face externe de l'os, au point qu'elle s'articule parfois directement avec la malléole péronière.

L'astragale est petit, atrophié dans tous ses diamètres; sa direction est voisine de la verticale. La surface trochléaire, plus petite qu'à l'état normal, est divisée en deux parties, comme l'a indiqué Adams, par une crête horizontale saillante. De ces deux parties, la postérieure, seule, est en rapport avec la mortaise tibio-péronière. La tête astragalienne, petite, déformée, est articulaire seulement par son côté interne. Le scaphoïde est souvent atrophié; le cuboïde, au contraire, augmenté de volume, surtout aux dépens de son bord externe et de sa tubérosité postérieure, de sorte qu'il tend à prendre la forme d'un coin dont le sommet regarde en dedans, tandis que sa base est dirigée en dehors. Dans les cas où la difformité est très prononcée, parfois les deux os de la seconde rangée du tarse, cuboïde et scaphoïde, sont complètement subluxés sur les os de la première rangée, comme cela se voit sur la pièce 545 A du musée Dupuytren.

Les os de la jambe participent quelquefois aux altérations; ils présentent une torsion anormale de haut en bas et de dedans en dehors, telle que la malléole interne est dirigée en avant, et la malléole externe en arrière. Cette torsion est très visible sur les pièces 544 B et 545 déposées par Broca et Guersant au musée Dupuytren.

Parfois, le péroné, dans sa totalité, est très atrophié; il est pour ainsi dire filiforme, comme on le voit sur la pièce 545 A du musée Dupuytren. Dans les mêmes cas de pieds bots invétérés, les os subissent parfois des troubles de nutrition, qui se traduisent par de l'ostéoporose ou de la dégénérescence graisseuse, déterminant la friabilité du tissu osseux. Dans ces cas encore, les différentes articulations du tarse peuvent devenir le point de départ d'ankyloses fibreuses, et même d'ankyloses osseuses. Il n'est pas jusqu'au fémur et au bassin lui-même qui ne puissent, comme l'a montré Meyer (de Zurich), présenter des altérations. Le bassin, dans les cas de double pied bot invétéré, s'incline en avant, en déterminant une lordose lombaire et un rétrécissement transversal de la cavité pelvienne.

Muscles, tendons, aponévroses. — Les muscles, les vaisseaux et les nerfs sont généralement sains. On ne trouve pas, primitivement du moins, de transformation fibreuse des muscles; quant à la dégénérescence graisseuse qu'on note parfois dans les pieds bots anciens, elle doit être considérée comme secondaire.

Il est toutefois à cette règle générale quelques exceptions. Sur un enfant présentant, en même temps qu'un double pied bot varus équin congénital, un spina-bifida, Adams a trouvé une atrophie avec dégénérescence graisseuse des extenseurs propre du pouce et commun des orteils. Dans un second fait, l'atrophie s'étendait à tous les muscles de la région antérieure de la jambe et aux péroniers latéraux. L'auteur a eu l'occasion d'examiner anatomiquement deux autres cas semblables.

Qu'il y ait des altérations musculaires dans un cas de spina-bifida, c'est ce que les lésions nerveuses dans cette malformation du rachis nous permettent de comprendre aisément. En dehors de ce cas, il est bien difficile de dire quelles sont les altérations primitives du système nerveux auxquelles se rattachent les atrophies musculaires constatées. Quoi qu'il en soit, les faits de cette nature montrent bien que tous les pieds bots congénitaux ne sauraient reconnaître une cause unique. A côté des pieds bots primitifs, tenant à la persistance d'une attitude vicieuse, il est des pieds bots secondaires, dépendant d'une maladie primitive du système nerveux et analogues, par conséquent, aux pieds bots acquis. Adams fait remarquer qu'en clinique ces altérations musculaires peuvent être reconnues à l'impossibilité pour le petit malade d'imprimer à ses orteils des mouvements d'extension. Il représente un cas de ce genre dans lequel les orteils étaient dans une position permanente de flexion, avec impossibilité de les relever. Pour nous, dans les autopsies de pied bot congénital que nous avons eu l'occasion de faire jusqu'ici, nous n'avons jamais rencontré d'altérations musculaires. Mais sur un petit malade de notre consultation, atteint de pied bot varus équin congénital du côté droit, nous avons noté cette flexion permanente des orteils avec impossibilité de les relever, qui nous a fait établir une assimilation entre ce fait et les diverses formes de pied bot auxquelles donne lieu la paralysie infantile.

Pour ce qui est de la rétraction tendineuse, il est inutile d'insister longuement sur la rétraction du tendon d'Achille, tant est connue la part qui lui revient dans la constitution de la difformité. D'autres tendons, par leur rétraction, peuvent contribuer à maintenir le pied dans son attitude vicieuse: de ce nombre sont les tendons des muscles jambiers antérieur et postérieur. Les tendons fléchisseurs eux-mêmes sont rétractés dans le pied bot invétéré.

Le rôle joué par l'aponévrose plantaire n'est pas moins important. Au moment même de la naissance, il est peu de chose; mais, plus tard, au fur et à mesure que la difformité s'accuse davantage, la rétraction de l'aponévrose plantaire s'exagère. C'est surtout la bandelette interne de cette aponévrose, celle qui va de la tubérosité du calcanéum à la base du premier orteil, qui est le siège de la rétraction. Elle constitue sous la peau une corde facilement appréciable par la palpation, qui devient de plus en plus saillante, au fur et à mesure qu'on cherche à dérouler le pied, et qui, par son action prolongée, lui imprime tous les caractères du pied creux.

Ligaments articulaires. — Ce ne sont pas seulement les os, les tendons et les aponévroses qui constituent des obstacles à la réduction; les ligaments articulaires eux-mêmes sont le siège d'une rétraction dont il est parfois difficile de triompher. Comme on le comprend aisément, d'après la disposition des parties, ce sont les ligaments du bord interne du pied, en particulier les faisceaux antérieurs du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne, et le ligament astragalo-scaphoïdien, sur lesquels porte la rétraction; tandis qu'au contraire les ligaments de la face dorsale externe du pied sont relâchés. Holmes Coote a montré un pied bot d'adulte sur lequel, après section de tous les tendons, la réduction demeurait impossible. William Parker, de son côté, dit avoir constaté que, la peau et les muscles enlevés, la difficulté de

réduction persiste; pour lui, elle tient à la rétraction des ligaments internes et, en particulier, du ligament astragalo-scaphoïdien. Pour notre part, nous avons bien souvent, dans nos autopsies, vérifié la part qui revient à la rétraction des ligaments dans la déformation, celle-ci persistant tout entière après l'enlèvement de la peau, des muscles et des tendons, pour se corriger en grande partie dès que les ligaments internes étaient sectionnés.

Peau et tissu cellulaire sous-cutané. — Il n'est pas jusqu'à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané qui ne soient rétractés dans les cas graves du pied bot varus équin congénital. Cela est si vrai que souvent, au moment de l'autopsie, en portant brusquement la pointe du pied en dehors de manière à corriger le varus, nous avons produit une déchirure verticale de la peau perpendiculaire au bord interne du pied, et répondant à l'articulation médio-tarsienne. Sur le vivant lui-même, pendant les manipulations destinées à corriger le varus, nous avons vu plus d'une fois de légères fissures de la peau se produire dans le même point, nous obligeant à procéder avec beaucoup de douceur au redressement.

En terminant ce qui a trait à l'anatomie pathologique, nous dirons que les lésions, dans le pied bot varus équin congénital, sont infiniment plus compliquées qu'on a pu le croire autrefois. De tous les tissus qui entrent dans la constitution anatomique du pied. peau et tissu cellulaire sous-cutané, muscles et ligaments, tendons, aponévroses, squelette même, il n'en est pas un seul qui ne puisse participer aux lésions. Nous sommes donc bien loin du temps où l'on a pu penser qu'il suffisait de pratiquer la section sous-cutanée d'un ou plusieurs tendons pour obtenir la guérison du pied bot varus équin congénital, et nous aurons grandement à tenir compte de cette anatomie pathologique dans l'étude du traitement.

Traitement. — La première question qui se pose à propos du traitement du pied bot varus équin congénital, c'est celle de savoir à quelle époque il convient de commencer la cure de la difformité. Contre le traitement entrepris immédiatement après la naissance, on objecte la finesse extrême de la peau chez les jeunes enfants; il en résulte qu'il est très difficile de prendre sur le membre les points d'appui nécessaires à l'application des appareils de redressement. L'objection, en elle-même, est parfaitement fondée: sans doute, la peau des nouveau-nés est d'une délicatesse extrême, et on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter les eschares qui pourraient se produire au niveau des points de pression. On objecte encore au traitement commencé aussitôt après la naissance la fréquence des récidives. Celles-ci sont très fréquentes, en effet; mais elles ne tiennent pas à l'époque à laquelle a commencé le traitement; elles sont bien plutôt imputables à un traitement insuffisant, soit que celui-ci ait été mal dirigé, ou qu'il ait été suivi pendant un temps insuffisant.

Il n'est donc pas d'argument sérieux pour faire retarder le début du traitement; il est, au contraire, d'excellentes raisons pour entreprendre le plus tôt possible la cure du pied bot congénital. La première de ces raisons, c'est l'existence des déformations osseuses primitives sur lesquelles nous avons insisté à propos de l'anatomie pathologique. J. Wolff fait remarquer que, dans les premiers mois de l'existence, le développement du pied est très actif. Il en résulte que les obstacles au redressement grandissent aussi très rapidement, et que, plus on tardera, plus on aura de peine à obtenir la réduction. Toutefois, il n'est pas nécessaire de commencer le traitement dès le jour même de la naissance. Voici quelle est notre pratique à cet égard; nous commençons par observer pendant quelque temps le nouveau-né pour nous assurer que sa nutrition se fait bien, et quand nous sommes tranquilles de ce côté, c'est-à-dire au bout de quinze jours à trois semaines, nous commençons le traitement.

Il convient de bien préciser tout d'abord que, dans le pied bot varus équin congénital, le seul dont nous nous occupions en ce moment, il est deux éléments distincts: 1° l'adduction et l'enroulement du pied autour de son bord interne, qui constituent le varus: 2° l'hyperextension de l'articulation tibio-tarsienne caractérisant l'équinisme. C'est pour n'avoir pas établi cette division essentielle, qu'on a eu à enregistrer tant de récidives et tant d'insuccès dans la cure du pied bot congénital. On a traité indistinctement par la section sous-cutanée du tendon d'Achille tous les pieds bots d'origine congénitale, et l'on s'est imaginé avoir fait tout le nécessaire pour obtenir à la fois la guérison de l'équinisme et celle du varus. C'est là une erreur absolue. Sans doute, dans les cas où la difformité est très légère, la réduction s'obtient aisément au prix de quelques manipulations, et l'on peut, dans un même temps, agir à la fois sur le varus et sur l'équinisme. Mais, pour peu que l'obstacle soit considérable, on se trouvera bien, suivant le conseil qui a été donné par Adams (1), de faire la réduction en deux temps, en s'adressant : 1° au varus; 2° à l'équinisme. Le même conseil est donné par MM. Bradford et Lovett (2). Pour nous, depuis longtemps déjà, nous avons adopté cette pratique. Contrairement à certains auteurs, nous pensons que jamais le traitement du pied bot varus équin congénital ne doit commencer par la ténotomie du tendon d'Achille. Des deux éléments qui entrent dans la constitution de la difformité, c'est le varus qui est la condition la plus importante, c'est à lui qu'il faut s'adresser tout d'abord. Et de fait, quand nous examinons les malades qui ont récidivé à la suite de la section du tendon d'Achille, nous sommes frappés de voir que, chez eux, l'équinisme est assez bien corrigé; ce qui persiste, c'est le varus. Si, au contraire, on a recours à la cure en deux temps, on a l'avantage, en respectant l'équinisme, de posséder dans le tendon d'Achille rétracté un excellent point d'appui qui rend plus efficaces les manœuvres dirigées contre le varus.

Voici donc comment nous procédons : Dès que la nutrition de l'enfant nous paraît suffisamment assurée, nous commençons le traitement par le massage, en nous adressant tout d'abord au varus. Supposons qu'il s'agisse du pied gauche. Entre le pouce et les doigts de la main gauche, nous saisissons solidement le talon de l'enfant, tandis qu'avec la main droite nous portons par une série de petits mouvements successifs, d'intensité croissante,

(1) Adams : *Club-foot : its causes, pathology and treatment*, 2e édition, 1873, p. 258.

(2) Bradford and Lovett : *A Treatise on orthopedic surgery*, 1890, p. 450 et suivantes.

la pointe du pied en dehors. Le calcanéum et l'astragale étant immobilisés par la main gauche qui embrasse le talon, tout l'effort du redressement porte sur l'articulation médio-tarsienne, siège du varus.

Parfois la peau du bord interne du pied, au niveau de l'articulation médio-tarsienne, est tellement rétractée qu'on voit se produire à ce niveau, comme nous l'avons noté précédemment, de petites fissures. C'est une raison pour mettre beaucoup de douceur et de lenteur dans les manœuvres. Celles-ci seront répétées matin et soir pendant cinq minutes; dans l'intervalle des séances, la peau sera saupoudrée de poudre de riz ou d'amidon. Mais quelle que soit la valeur du massage, il ne saurait suffire à procurer la guérison. Pour arriver à un résultat satisfaisant, il faut, dans l'intervalle des séances, maintenir le résultat obtenu par l'application d'un petit appareil. Pour cela, nous entourons au moyen d'une bande de flanelle le pied et la jambe de l'enfant en commençant à partir des orteils, et, par-dessus cette bande, nous appliquons une petite attelle en bois, qui, elle-même, est maintenue en place par une bande de toile. Cette attelle peut du reste être appliquée, soit au côté externe, soit au côté interne du membre; appliquée au côté externe, elle agit en portant la pointe du pied en dehors: est-elle placée au côté interne, elle tend à redresser l'angle que forme le bord interne du pied, au niveau de l'articulation médio-tarsienne. J'engage d'ailleurs les parents à placer l'attelle, tantôt en dedans, tantôt en dehors, de façon à multiplier les points de pression, et à éviter la production d'escharres.

Bien faites et suivies de l'application d'un appareil convenable, les séances de massage arrivent à procurer la guérison du varus au bout d'un temps variable, mais qui ne dépasse pas ordinairement quinze jours à trois semaines.

On peut alors passer au second temps du traitement, c'est-à-dire s'occuper de la guérison de l'équinisme. C'est encore au massage que nous nous adressons pour obtenir ce résultat. Cette fois, prenant à pleine main l'extrémité inférieure de la jambe, nous imprimons avec l'autre main au pied en totalité de petits mouvements de flexion sur l'extrémité inférieure du tibia, mouvements se passant dans l'articulation tibio-tarsienne. Nous augmentons chaque jour l'intensité et la durée des efforts jusqu'à ce que nous arrivions à placer le pied à angle droit sur la jambe. Ce résultat obtenu, il ne faut pas toutefois s'imaginer qu'on soit arrivé à la guérison définitive du pied bot. Il est, en effet, dans la cure, deux éléments qu'on ne doit pas perdre de vue pour arriver au but définitif. Il faut: 1° réduire la difformité; 2° la maintenir réduite; et, pour cela, il faudra pendant longtemps, bien longtemps encore, faire porter à l'enfant des appareils contentifs, sous peine de voir se reproduire l'adduction, et, avec elle, l'enroulement du bord interne du pied. Chez les nouveau-nés, l'appareil contentif dont nous nous servons, c'est la botte en gutta-percha, déjà recommandée par Giraldès. Elle a le double avantage de n'être pas assez dure pour blesser la peau des enfants, et de ne pas se laisser ramollir par l'urine. Après avoir enveloppé le pied et la jambe avec une bande de flanelle, comme nous l'avons indiqué précédemment, nous modelons par-dessus celle-ci la botte en gutta-percha, et nous avons soin de maintenir le pied à angle droit sur la jambe, pendant tout le temps nécessaire à la dessiccation de l'appareil. Celui-ci est enlevé matin et soir pour le massage, puis remis en place.

Mais il peut arriver que la résistance opposée par la rétraction du tendon d'Achille soit telle que les manipulations les mieux faites ne puissent en triompher. Il devient alors nécessaire de recourir à la section sous-cutanée du tendon d'Achille.

Ténotomie du tendon d'Achille. — Bien que cette petite opération soit complètement dépourvue de gravité, il importe cependant, pour lui donner toute sa valeur et éviter toute chance d'accidents, de la pratiquer d'après des règles parfaitement précises. Du moment où le principal danger est la blessure de l'artère et du nerf tibial postérieur, nous ne comprenons pas, pour notre part, qu'on ait pu dire qu'il était indifférent de pratiquer la ponction de la peau, soit au côté externe, soit au côté interne du tendon. En faisant cette ponction au côté interne, et en dirigeant, par conséquent, la pointe du ténotome du côté opposé à l'artère et au nerf, on est certain de ne pas les blesser. C'est donc au côté interne de ce tendon, à un travers de doigt au-dessus de son point d'insertion sur le calcanéum, que nous pratiquons la ponction de la peau. L'instrument chemine entre la peau et la face superficielle du tendon d'Achille, et, pour qu'il se fasse plus aisément sa voie, l'aide, pendant ce temps de l'opération, maintient le pied dans l'extension forcée, ce qui relâche les téguments. Le ténotome pointu étant retiré, le ténotome mousse est introduit à son tour; lorsque l'instrument, cheminant entre la face profonde de la peau et le tendon, dépasse ce dernier par son extrémité mousse, on lui fait décrire un quart de cercle, qui le rend perpendiculaire à la direction du tendon d'Achille, le tranchant étant dirigé vers la face profonde. A ce moment, l'aide imprime au pied un mouvement de flexion forcée, pendant lequel le tendon vient de lui-même pour ainsi dire se faire sectionner par l'instrument. Il s'écoule à peine quelques gouttelettes de sang, et la petite plaie est recouverte d'un pansement antiseptique. La conduite des chirurgiens a différé jusqu'à ces dernières années sur la position donnée au pied, immédiatement après la ténotomie. L'opinion générale autrefois était qu'il convenait de laisser pendant deux ou trois jours le pied dans son attitude vicieuse, de façon à permettre à la petite plaie de se cicatriser et à éviter la production d'accidents inflammatoires. Déjà cependant, Syme (d'Edimbourg) professait qu'on pouvait, sans inconvénient, pratiquer le redressement immédiat après la ténotomie. Dans un travail publié en 1888, M. Walsham (1), chargé du service orthopédique à Saint-Bartholomew's Hospital, a défendu la même opinion. Pour nous, nous avons toujours eu recours au redressement immédiat après la ténotomie, et nous n'avons eu qu'à nous en louer. C'est donc cette manière de faire que nous conseillons comme étant de nature à procurer des résultats beaucoup plus rapides et beaucoup plus complets.

Mais, la ténotomie faite et le redressement opéré, il faut le maintenir. L'appareil auquel nous donnons la préférence à cet égard chez les jeunes enfants, comme nous l'avons déjà dit, c'est la bottine en gutta-percha, modelée

(1) Walsham: *The Lancet*, 19 mai 1888.

par le chirurgien lui-même. L'appareil est laissé en place pendant huit à dix jours. Au bout de ce temps, il est enlevé pour permettre matin et soir le redressement manuel du pied, auquel on ajoute des frictions excitantes et des massages propres à favoriser la nutrition du membre et le développement du système musculaire. L'enfant avançant en âge, le pied a besoin d'être maintenu par un appareil plus solide; c'est alors que nous substituons aux bottes en gutta-percha de petites bottines en cuir moulé auxquelles sont surajoutées des semelles métalliques et deux tuteurs en âcier remontant sur les parties latérales de la jambe. Pour augmenter l'efficacité de l'appareil, nous avons soin de ne pas disposer horizontalement la semelle métallique, mais de lui donner une direction oblique en haut et en dehors, de sorte que son côté externe soit plus élevé que le côté interne, et que la pointe du pied soit ainsi portée en dehors, en valgus.

Il importe, pour arriver à un résultat complet, que les appareils soient maintenus en place d'une manière continue. Quoi qu'on fasse en effet, dans le pied bot congénital, le pied a une tendance constante à se porter en adduction. Il suffit de laisser libres pendant quelques instants les membres inférieurs pour voir l'enfant porter incessamment la pointe du pied en dedans. Cette tendance à l'adduction se manifeste constamment aussi pendant la station et pendant la marche; aussi est-ce une raison pour laquelle nous faisons marcher nos petits malades le plus tard possible, pas avant l'âge de dix-huit mois à deux ans. Nous soutenons alors l'articulation tibio-tarsienne au moyen d'une bottine à laquelle sont annexés deux tuteurs latéraux en acier insérés dans la tige de la bottine. Nous avons soin, en même temps, de surélever la semelle du côté externe, de façon à porter la pointe du pied en dehors et à lutter ainsi contre la tendance à l'adduction: malgré cela, cette tendance est si forte que, dans les premiers temps encore, l'enfant marche la pointe du pied dirigée en dedans; si d'ailleurs l'enroulement du pied est détruit, si l'enfant appuie bien sur le sol pour toute l'étendue de la face plantaire, nous ne nous inquiétons pas de cette tendance à l'adduction. Elle disparaîtra peu à peu, au fur et à mesure que l'enfant, avançant en âge, devient capable de comprendre les observations qu'on lui fait à cet égard. En même temps, les massages sont continués et l'on y joint l'électrisation des muscles abducteurs, extenseur commun des orteils et péroniers latéraux. Comme on le voit, nous ne faisons pas porter à l'enfant ces appareils lourds et compliqués, dont il existe un si grand nombre de modèles, et qui tous dérivent du soulier de Scarpa où du sabot de Venel. Nous ne comptons pas sur l'efficacité de ces appareils: avec eux, quoi qu'on fasse, le pied se porte dans l'adduction pendant la marche. Pour lutter contre cette tendance fatale, on fait remonter les tuteurs métalliques jusqu'au-dessus du génou : l'adduction persiste quand même. On remonte plus haut encore, on ajoute à l'appareil une ceinture pelvienne reliant les deux membres l'un à l'autre. dans les cas de pied bot double, et, malgré cela, le pied se porte encore dans l'adduction. Si la partie pédieuse est trop serrée, on voit se produire des durillons enflammés, des eschares; relâche-t-on l'appareil pour le rendre plus supportable, la difformité se reproduit. Et le nombre est grand des malades que nous voyons arriver vers nous, porteurs de ces appareils lourds et compliqués, avec des déformations invétérées du pied pour lesquelles nous sommes obligés d'avoir recours à des interventions plus complexes. Ainsi donc, notre principe, dans le traitement du pied bot varus équin congénital, c'est de ne pas compter sur les appareils de redressement permettant la marche. Nous opérons d'abord le redressement d'une manière aussi complète que possible, et c'est seulement quand celui-ci est obtenu que nous permettons la marche au moyen des bottines spéciales que nous avons décrites. J'ajoute que, longtemps encore pendant la nuit, nous faisons usage des petites bottes en cuir moulé dont nous avons précédemment donné la description.

Mais c'est là bien évidemment l'idéal; or, il peut se faire, soit que le traitement n'ait pas été commencé à temps, soit qu'il n'ait pas été bien dirigé, ou encore qu'il ait été trop tôt interrompu. Dans ces diverses circonstances, les difformités osseuses s'accentuent, elles s'aggravent du fait de l'adjonction de durillons enflammés; on arrive aux formes plus ou moins complexes du pied bot invétéré. Dès lors, les moyens que nous venons d'exposer peuvent n'être plus suffisants.

En cas de récidive, la ténotomie du tendon d'Achille peut être pratiquée une seconde et même une troisième fois; mais il faut bien savoir que ces ténotomies secondaires sont loin de donner des résultats aussi avantageux que les ténotomies primitives. Les choses, en effet, se passent d'une façon toute différente; au moment où s'achève la section du tendon, on n'a pas la sensation d'un obstacle qui cède brusquement; on n'entend pas le claquement parfois perceptible à ce moment. Il peut même arriver qu'on croie n'avoir pas fait une section complète; c'est seulement en passant le doigt sur la peau au niveau de la ténotomie qu'on sent la dépression répondant à l'écartement des deux bouts du tendon. Mais cette dépression est toujours de peu d'importance. La cause en est dans les adhérences entre le tendon et sa gaine qui sont restées comme traces de la ténotomie précédente; aussi l'écartement fourni par les deux bouts du tendon, dans ces ténotomies secondaires, est-il peu considérable, et le résultat pour le redressement de l'équinisme n'a souvent que peu de valeur. Quoi qu'il en soit, je le répète, ce n'est pas une raison pour proscrire ces ténotomies secondaires, qui, si elles sont impuissantes à procurer, à elles seules, le redressement, peuvent du moins y collaborer utilement.

(*A suivre.*) (*Revue d'Orthopédie.*)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Analyse du contenu de l'estomac dans les cas de cancer de cet organe.

Oppler (*Deutsche medicin. Wochenschrift*) a publié une étude sur le contenu de l'estomac dans les cancers de cet organe. C'est là un point qui a déjà suscité un très grand nombre de travaux, qui ont surtout porté sur la valeur pathognomonique de l'absence d'acide chlorhydrique libre et sur celle de la présence de l'acide lactique.

Pour résoudre ces deux questions, l'auteur apporte un nouvel

élément, dont, à son sens, il faut tenir grand compte : c'est l'insuffisance motrice de l'estomac. Suivant que cet élément apparaît ou non dans le cancer stomacal, le contenu varie.

Dans le cas où les fonctions motrices de l'estomac sont intactes, comme dans les cancers de la petite conrhure et des parois de l'organe, l'acide chlorhydrique libre manque souvent. Le contenu stomacal renferme rarement de l'acide lactique, quelquefois des parcelles de tumeur, jamais des sarcines, mais toujours des hactéries.

Le cancer de l'estomac s'accompagne-t-il, au contraire, d'insuffisance motrice manifeste, on se trouve en présence d'un résultat tout différent dans l'analyse du contenu stomacal. Encore ce résultat varie-t-il suivant le degré de l'insuffiance.

Le cancer du pylore au début, en effet, permet encore de trouver de l'acide chlorhydrique libre, mais jamais d'acide lactique libre. Au lieu de hactéries on voit des sarcines, et quelquefois des parcelles de tumeur.

Le cancer du pylore est-il au contraire avancé, les parois de l'organe sont-elles envahies, y a-t-il insuffisance motrice extrême, l'acide chlorhydrique libre manque toujours. Il y a alors production ahondante d'acide lactique avec tendance à la formation de gaz. Les sarcines n'existent plus, mais on trouve des chaînettes de hactéries.

Le contenu stomacal dans le cancer de l'estomac varie donc, on le conçoit, avec le moment où on l'examine. Si, au déhut, il y a absence d'insuffisance motrice, celle-ci ne tardera pas à apparaître plus tard, à la fin de l'affection. En même temps changera le contenu stomacal, puisque pour Oppler il est réglé par l'insuffisance motrice de l'organe.

Suppurations latentes des os.

Dans le *Münch. medicin. Wochenschrift*, n° 30 et 31, **Ehrich** fait des suppurations latentes des os des modes de manifestation de l'ostéomyélite.

L'ostéomyélite se présente sous des aspects cliniques très différents, ce qui en rend sonvent le diagnostic difficile. L'auteur en décrit trois, qui semhlent surtout devoir attirer l'attention à cause de leurs caractères anormaux.

L'ostéomyélite à marche suhaiguë ou chronique d'emhlée est la première sur laquelle il insiste. Elle débute par des douleurs dans un memhre, de plus en plus intenses, mais sans trouhles généraux. Rien de hien spécial, en effet, du côté de la température. L'os hientôt se tuméfie, et il se produit un abcès avec ou sans séquestre.

L'ouverture, spontanée ou chirurgicale, et l'élimination du séquestre, s'il y a lieu, sont les modes par lesquels se fait la guérison. L'ostéomyélite peut évoluer de cette façon à côté d'autres foyers évoluant suivant la manière classique. Il y a là, d'après Ehricb, une différence tenant au petit nombre de staphylocoques dans les foyers suhaigus. Un autre point que signale l'auteur, c'est la confusion facile de cette forme anormale avec l'ostéomyélite tuberculeuse, qui ne se reconnaît que par la présence des granulations ou les recherches hactériologiques.

La seconde forme dont parle Ehrich est la périostite albumineuse. Ici, il n'y a pas de production de pus, mais simplement formation d'un exsudat séreux. Faut-il en trouver la raison dans l'affaiblissement extrême de la virulence des staphylocoques? Faut-il plutôt croire que l'exsudat est purulent au déhut pour devenir ensuite muco-séreux? Ebrich montre que les straphylocoques peuvent parfaitement provoquer la formation d'un exsudat séreux, en s'appuyant sur une observation dans laquelle il dit avoir vu, dans l'intérieur du tibia, une cavité grosse comme un œuf de poule, remplie d'un liquide albumineux, semhlable à de la synovie. Le cavité était sans communication avec le canal médullaire du tibia.

L'ostéomélite scléreuse non suppurée constitue la troisième forme. Le début est très bruyant : fièvre, tuméfaction du memhre. douleur, infiltration des parties molles. Mais la suppuration ne se forme pas, comme on s'y attend ; tons les phénomènes précités cèdent, et il ne suhsiste qu'un épaississement de l'os. Le foyer contient alors une foule de tout petits séquestres. Ces derniers sont l'indice d'un travail de résorption d'un gros séquestre, on de plusieurs séquestres plus petits. La marche chronique de l'affection devra faire faire le diagnostic avec la périostite syphilitique et le sarcôme des os ; cette dernière tumeur est souvent difficile à distinguer de l'ostéomyélite scléreuse.

Ehrich a également tenu à rechercher quelles étaient les terminaisons rares de l'ostéomyélite. L'ahcès latent des os est celle qui doit prendre la première place. En général, ces sortes d'ahcès apparaissent chez des sujets ayant eu, plus ou moins longtemps auparavant, une ostéomyélite aiguë qui a guéri. Quelques années plus tard, ces malades se plaignent de douleurs alternativement intenses et sourdes. L'os, à ce moment, offre une tuméfaction limitée, où on trouvera un ahcès de l'os ou un foyer localisé d'ostéomyélite. Les staphylocoques de ces ahcès n'ont pas perdu leur virulence depuis l'attaque primitive d'ostéomyélite.

Ces abcès latents, s'ils sont situés dans l'épiphyse, peuvent donner lieu à des symptômes articulaires, telles que des hydarthroses intermittentes. Celles-ci seules sont parfois reconnues, et l'abcès, origine de ces hydarthroses, peut fort hien passer inaperçu.

Du rôle pathogène du proteus vulgaris.

Le proteus vulgaris est un des microhes sur le rôle pathogène duquel on a le moins de données certaines. Plusieurs théories ont déjà été établies sur ce sujet, mais sans qu'on ait pu encore s'entendre définitivement sur la question.

Hanser admettait que pendant la putréfaction des suhstances alhuminoïdes, le proteus vulgaris formait des toxines dont l'injection sanguine ou lymphatique produisait des phénomènes d'intoxication putride et amenait la mort. Plns tard Foa et Bonome ont regardé le proteus comme un agent infectieux, se multipliant dans l'organisme, et capable ainsi de provoquer la mort. D'autres recherches, faites ensuite, paraissaient hien démontrer la possihilité pour le proteus vulgaris de devenir agent infectieux.

En résumé, les uns accordaient au hacille en question une action toxique, d'autres une action infectieuse.

Brunner *(Münchner medicin. Wochenschrift)* puhlie une ohservation qui a trait à cette question. Elle se rapporte à une suppuration sous-unguéale du pouce, renfermant un pus fétide et reposant sur une couche de tissu gangrené. L'examen hactériologique fit voir la présence de streptocoques en petit nomhre et de proteus vulgaris au contraire en fort grand nombre.

Avec des cultures pures de ce dernier microhe, l'auteur se livra à différentes expériences sur les souris et sur les cohayes. Chez les souris, il remarqua que les inoculations sous la peau ou dans le péritoine étaient suivies d'une invasion du sang et des organes par le proteus vulgaris ; il y avait véritahlement infection. Maïs chez les cohayes, les choses se passaient différemment, et par une injection sous-cutanée ou intrapéritonéale de proteus vulgaris, on ahoutissait à la mort par intoxication. Les organes et le sang dans ce dernier cas n'étaient nullement envahis.

Ces expériences de Brunner plaident donc en faveur du rôle pathogène douhle du proteus vulgaris, agissant tantôt comme agent infectieux, tantôt comme agent toxique.

RUSSIE

Le massage dans l'incontinence nocturne d'urine.

On sait comhien sonvent est rehelle cette affection qui apparaît chez les enfants, et qu'on désigne sous le nom d'incontinence nocturne d'urine. C'est une maladie qui ne s'accompagne d'aucune lésion organique, et dont la pathogénie et le traitement ont

donné lieu à l'édification de différentes théories et de différents modes d'intervention.

Le traitement échoue dans de nombreux cas, et rien n'est plus désagréable que cette affection, sans gravité, mais néanmoins pénible dans la vie courante.

Bestchinsky (*Ejenedelnik*, n° 1, 1896) traitait un enfant de dix ans, qui chaque nuit avait de l'incontinence d'urine, mais il n'obtenait aucun résultat sérieux.

C'est alors qu'il eut l'idée de recourir au massage, et il le fit avec pleine réussite. Voici comment il procéda :

L'enfant vide d'abord sa vessie, en même temps qu'un lavement débarrasse le rectum des matières fécales qu'il contient. Puis l'enfant est étendu sur le dos et ses jambes sont fléchies. Le médecin introduit l'index dans le rectum qu'il applique obliquement contre le col de la vessie. Par l'intermédiaire de la paroi rectale, des frictions sont exercées sur le col de la vessie dans la direction du pubis. Quant à l'autre main, on l'applique sur celle qui masse, pour qu'il n'y ait pas de trop forte pression de la part de l'index introduit dans le rectum.

On se borne à faire de trois à cinq mouvements de massage, puis on laisse le malade un peu se reposer. On profite de ce repos pour changer de main, ce qui évite une trop grande fatigue au doigt qui masse.

La séance dure en tout de trois à cinq minutes, et se répète une fois tous les jours.

Déjà dans le cas de Bestchinsky, après dix séances, l'incontinence diminua. Au lieu de se montrer tous les jours, elle n'apparaissait plus que deux ou trois fois par semaine. Après trente-cinq séances, l'amélioration aboutit à la guérison complète, et depuis un an celle-ci se maintient toujours.

L'auteur recommande bien de n'employer ce mode de traitement que dans les cas d'incontinence d'urine essentielle. Les affections organiques déterminant de l'incontinence sont une contre-indication de premier ordre, comme toutes celles où l'incontinence d'urine n'apparaît qu'à titre de symptôme local.

La musique employée comme moyen thérapeutique.

Bestchinsky (*Ejenedelnik*, 1896) relate une intéressante observation venant confirmer les idées de certains médecins pour qui la musique est un excellent moyen thérapeutique. Elle a du reste déjà été employée comme telle de façon fort efficace, et le cas de Bestchinsky ne fait qu'ajouter à la liste assez longue des observations publiées sur cette question.

Dans le cas de Bestchinsky, il s'agit d'une fillette de trois ans, qui subitement est prise au milieu de la nuit de tremblements. Ses yeux s'ouvrent largement et restent tels ; elle marmotte par moments des phrases inintelligibles. Au bout de dix minutes seulement, l'enfant peut de nouveau être endormie.

A ce moment l'auteur apprend de la mère de l'enfant que déjà depuis longtemps celle-ci avait de petits accès semblables à celui dont il vient d'être question. Seulement ces accès devenaient plus fréquents et d'une plus grande intensité. Bestchinsky n'eut pas de peine à reconnaître là les symptômes de la peur nocturne, comme on appelle cette sorte d'affection.

Malgré l'administration de bromure de sodium et la défense de raconter à l'enfant des histoires qui eussent pu l'effrayer, les accès ne cédaient pas, et se répétaient une ou deux fois par nuit.

L'auteur eut alors l'idée de recourir à la musique. Le choix du morceau est d'ailleurs fort important ; il ne faut rien de gai ni d'alerte, mais bien un morceau mélancolique. C'est pourquoi la mère de l'enfant dut jouer chaque soir avant de la coucher une valse en *ut mineur* de Chopin. Chaque nuit l'enfant dormit parfaitement sans se réveiller. Le traitement semblait donner d'excellents résultats.

L'enfant ayant une fois été couchée sans musique préalable, à la demande Bestchinsky, qui voulait s'assurer de l'influence réelle de la musique, un accès moins intense qu'auparavant, survint cette nuit-là. Le lendemain la musique reprise empêcha de nouveau les accès.

Les séances furent de plus en plus espacées ; au bout d'un mois, elles furent suspendues, lorsque l'on crut pouvoir s'en passer sans danger. En effet, l'enfant n'eut plus d'accès la nuit, et depuis plusieurs mois ces derniers n'ont plus fait leur apparition. L'observation, fort intéressante, semble, en même temps, fort concluante en faveur de l'influence thérapeutique de la musique.

SUISSE

Opothérapie ovarienne.

Muret (*Revue médicale de la Suisse romande*, juillet 1896) étudie la question de l'opothérapie ovarienne, à l'appui de laquelle il apporte vingt et une observations de malades par lui soumises à ce traitement.

Ces malades peuvent se diviser en deux catégories : dans la première, il s'agit de femmes atteintes de troubles relevant de la ménopause physiologique ou de la ménopause consécutive à la castration ; dans la seconde, les malades traitées sont des chlorotiques.

Chez ces dernières, la menstruation était depuis assez longtemps suspendue. De plus, elles présentaient tous les symptômes ordinaires de la chlorose. C'étaient des chlorotiques typiques. Muret les a soumises à l'opothérapie ovarienne en administrant la substance ovarique, ainsi qu'il sera exposé plus loin. Ce traitement a fait réapparaître les règles, en même temps que sous son influence les symptômes nerveux ne tardaient pas à céder à leur tour.

L'essai donna des résultats tout aussi concluants chez la première catégorie de malades dont s'est occupé l'auteur. Sa statistique sur ce point porte sur douze malades, dont huit subissaient différents genres d'accidents depuis leur ménopause, dont les quatre autres étaient sous le coup d'une ménopause artificielle, c'est-à-dire consécutive à une intervention opératoire.

Les huit premières femmes se plaignaient surtout d'accidents fort intenses, tels que vertiges, congestions, bouffées de chaleur au visage, sensations de défaillance et crises syncopales. A côté de ces troubles généraux, ces malades avaient des troubles digestifs : anorexie, ballonnements, flatulences, et aussi des troubles urinaires. Le traitement a fait disparaître les phénomènes congestifs, a rétabli les fonctions digestives. Même succès à enregistrer chez les quatre femmes qui avaient subi une castration, cause de leur ménopause. Quant aux autres phénomènes morbides dont étaient en outre atteintes ces malades, et qui ne dépendaient nullement de la castration et de la ménopause, le traitement ovarique n'a exercé sur eux aucune influence. Enfin, signalons encore l'excellente façon dont les malades supportaient le traitement, sans accident d'aucun genre.

Pour la question du mode d'administration de la substance ovarique, voici ce que Muret nous en dit :

Elle peut s'administrer sous trois formes différentes : pilules, pastilles et injections sous-cutanées. Les pilules et pastilles doivent être faites de telle sorte que la malade avale de 0.25 à 0.90 centigrammes de substance ovarique par jour. La durée du traitement oscille dans ce cas entre quinze jours et trois mois.

Les injections sont faites avec de l'extrait glycériné d'ovaire contenant un gramme de substance ovarique pour 5 grammes de glycérine. On en donne 0.50 centigrammes à 1 gramme par jour. C'est à l'ovaire de la jeune vache qu'on s'adresse pour fabriquer ces substances.

En ce qui concerne les injections, l'auteur a fait la remarque que parfois elles provoquaient des phénomènes douloureux, de très courte durée, il est vrai. Cette remarque a été faite aussi par différents observateurs dans l'usage des injections de tout genre ; ainsi, l'on sait les douleurs vives et même de longue du-

rée, qu'occasionnent parfois les injections de calomel employées dans certains cas de syphilis.

Quoi qu'il en soit, Muret considère l'opothérapie ovarienne comme une méthode qui mérite d'être tentée, et capable en même temps de donner d'heureux résultats. Il se propose même d'en généraliser l'emploi au traitement du goitre exophtalmique et de l'ostéomalacie.

Un procédé d'hémostase osseuse.

Rapin (*Revue médicale de la Suisse romande*) recommande, pour arrêter l'hémorrhagie osseuse au cours, par exemple, d'une amputation ou d'une résection, le procédé suivant qu'il nous paraît utile d'enregistrer :

Il cloue les vaisseaux sectionnés au moyen de petits clous préalablement aseptisés. Il emploie le plus souvent des clous à tête demi-ronde ou clous à souliers, comme il a eu l'occasion de le faire récemment dans une opération de Kraske, pour assurer l'hémostase du sacrum. D'après l'auteur, ce procédé, simple et pratique, donne une hémostase complète, beaucoup plus complète que les autres méthodes employées jusqu'à présent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre. — Présidence de M. Monod.

M. Delens lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Nicaise.

M. Félizet demande la parole à propos d'un travail fait récemment par Landerer, chirurgien de Stuttgart. Ce dernier y exposait la technique d'une opération dont M. Félizet conçut l'idée en 1890. Il s'agit de la tarsectomie postérieure, applicable à un grand nombre de lésions graves du tarse.

Le procédé en question consiste à faire une incision médiane du tendon d'Achille, et à pénétrer profondément dans les tissus jusqu'au moment d'atteindre les vaisseaux plantaires. On pratique ainsi une large brèche, par où on peut attaquer les os du tarse et y faire facilement des ablations et des évidements. M. Félizet a même pu, par cette voie, aborder la malléole externe et le tibia dont il a ouvert le canal médullaire. Il rappelle avoir fait à ce sujet une longue communication à la Société en mai 1893, décrivant minutieusement tous les détails opératoires. Depuis cette époque, il a eu l'occasion de vérifier l'excellence de cette méthode.

Il y a peu de temps, Landerer publiait cette dernière et semblait la considérer comme une opération nouvelle et non encore exécutée. Aussi M. Félizet réclame-t-il la priorité contre le chirurgien de Stuttgart.

Du traitement des rétrécissements du rectum.

M. Berger, à propos d'une communication de M. Reclus faite avant les vacances, défend la dilatation comme mode de traitement des rétrécissements du rectum.

Si cette méthode est abandonnée, il faut, d'après M. Berger, en trouver la raison dans les deux motifs suivants : la simplicité trop grande du procédé, qui ne séduisait pas suffisamment certains chirurgiens, et la hâte, le défaut de prudence avec lesquels souvent on pratique la dilatation.

La dilatation a souvent donné à M. Berger de si bons résultats qu'il n'hésite pas à en faire la méthode de traitement fondamentale des rétrécissements du rectum, surtout syphilitiques, et qu'il est convaincu de la nécessité de commencer par elle la cure de ces rétrécissements.

La dilatation demande certaines précautions, sans lesquelles on risquerait de compromettre le résultat final. Il faut agir avec sagesse, prudence et lenteur. Comme points particuliers sur lesquels l'orateur attire l'attention, prend place en première ligne l'obligation de ne pas répéter cette dilatation tous les jours, mais bien de laisser entre les deux séances consécutives un intervalle mesuré par la réaction produite après la première. De plus, le chirurgien ne doit recourir à un numéro supérieur de la filière qu'au moment où le précédent pénètre parfaitement. Enfin, on n'oubliera pas qu'il ne saurait être question de suivre l'axe normal du rectum, mais bien l'axe du rectum modifié par le travail pathologique.

M. Berger, en insistant sur la prudence nécessaire dans la dilatation, rappelle la résistance absolue à laquelle on se heurte parfois au niveau du rétrécissement. Mais, ajoute-t-il, si le dilatateur est maintenu en place, sans qu'on augmente la pression qu'on exerce sur lui, on sent bientôt le rétrécissement descendre sur le dilatateur. Aussi l'orateur croit-il à l'existence d'un élément spasmodique, si petit soit-il, contrairement aux assertions soutenues par M. Quénu. Mais ce qui l'autorise surtout à admettre cet élément, ce sont les alternatives journalières de résistance que l'on rencontre dans l'introduction d'un même dilatateur.

La dilatation n'est évidemment qu'un moyen palliatif, agissant contre la stricture et la sténose seulement, mais nullement contre la rectite. Aussi celle-là doit-elle être simultanément combattue par l'emploi de lavages antiseptiques intrarectaux, quand on peut franchir le rétrécissement sans danger. En Allemagne on a même fait un véritable drainage de la partie sus-stricturale, par l'introduction d'un tube de caoutchouc ressortant par l'orifice anal.

La dilatation a d'ailleurs ses contre-indications qui peuvent être groupées sous les quatre chefs suivants :

1° *Les accidents fébriles.* — Ceux-ci sont de deux ordres. Ou bien ce sont de petits accès avec douleurs anales et abdominales, qui retardent la dilatation, mais ne doivent pas y faire renoncer. Ou bien ce sont de grands accès infectieux, succédant à certaines séances de dilatation. Les malades ont un grand frisson, des accidents de péritonisme, sont en état de collapsus. Il ne faut pas continuer la dilatation après la production de ce second genre d'accidents fébriles ; on doit l'abandonner sans retard dans ces conditions.

2° *L'état précaire des malades.* — En présence de ces malades arrivés à la période ultime de leur affection, et dont l'état général est tout à fait bas, il faut sans tarder avoir recours à une autre méthode, comme la rectotomie. Du reste, le temps manquerait pour mener à bien la dilatation.

3° *L'abondance des suppurations et l'intensité des douleurs.* — La dilatation n'améliore pas certaines suppurations et certains suintements qui, malgré son usage, n'en persistent pas moins. De même les douleurs et le ténesme rectal sont parfois si violents que la dilatation n'a aucune prise sur eux.

4° *La hauteur du rétrécissement.* — On sait que Gosselin n'admettait pas de rétrécissements au delà de 6 à 7 centimètres à partir du rectum. Mais on sait aussi que les rétrécissements peuvent siéger beaucoup plus haut. Hartmann et Quénu en ont vu à 14 centimètres, Max Scheede à 10, 12, 20 centimètres. L'orateur cite une malade chez qui le rétrécissement siégeait à 13 centimètres, et une autre qui avait trois rétrécissements à 7, 9 et 21 centimètres.

Si l'on est dans l'impossibilité de s'adresser à la dilatation, l'orateur croit que la rectotomie est plus indiquée que l'extirpation du rectum. L'extirpation est, en effet, une opération grave et longue. La rectotomie, dit-on, est palliative. Mais pareil reproche peut aussi être adressé à l'extirpation, car jamais elle n'améliore les suintements et la rectite. Un rétrécissement consécutif est toujours possible, quoi qu'en dise Max Scheede, et l'extirpation ne met pas à l'abri d'une incontinence consécutive. Enfin, qu'on se rappelle que les rétrécissements où une interventinn est né-

cessaire sont complexes, souvent haut situés. L'extirpation n'est plus innocente; elle devient, au contraire, difficile.

C'est alors une opération épineuse. Aussi, plus s'étendra le champ de la dilatation, moins l'extirpation sera l'opération de choix, puisque les rétrécissements où l'intervention sanglante s'impose sont précisément des cas complexes et haut situés.

Toutefois, M. Berger ne rejette pas totalement l'extirpation. Il termine en rappelant que chaque cas a ses indications propres et que le chirurgien doit savoir se régler d'après les indications que présente chaque malade.

M. Quénu reconnaît que le rétrécissement syphilitique du rectum est au-dessus des ressources chirurgicales, et il est certain de voir tous les chirurgiens se ranger à cet avis. Ce qu'on obtient, c'est non pas la guérison, mais un soulagement.

A cette occasion, M. Quénu rapporte l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement du rectum, chez qui il a pu suivre le développement de la lésion. Il a, par là, pu constater que le traitement médical immédiat ne donnait pas de résultats, quoi qu'on en ait dit.

Il y a deux ans, M. Quénu avait dans son service une malade ayant souffert de lésions abdominales et qui en était guérie. Peu après, elle se plaignit de constipations et de douleurs quand elle allait à la selle. A ce moment, M. Quénu vit à l'anus une petite fissure, encapuchonnée par une hypertrophie de la peau. Malgré l'emploi de la dilatation, l'ulcération augmenta. Elle était d'origine syphilitique, comme le prouva une iritis syphilitique survenue peu après et ayant cédé au traitement. L'orateur vit toutes les lésions du rétrécissement du rectum se constituer et les phénomènes de rectite ne tardèrent pas à faire leur apparition. Il fit une extirpation du rectum, en excisant, sur une étendue relativement faible, la muqueuse et le tissu sous-muqueux seuls malades. Malgré cette intervention, la rectite ne céda pas et, au bout d'un an, M. Quénu fit un anus contre nature, qui améliora les douleurs et les hémorrhagies. Les résultats de cette intervention furent, en effet, excellents, mais, encore aujourd'hui, la malade a des hémorrhagies.

Chez une autre malade souffrant d'un rétrécissement faible, mais avec beaucoup de rectite, l'anus contre nature réussit également à M. Quénu.

Aucun traitement ne guérit les rétrécissements, ils ne peuvent tous que les améliorer. C'est de cette idée qu'il faut partir, dit M. Quénu. On est bien forcé d'employer la dilatation dans certains cas; quant à la rectotomie, elle n'est guère recommandable lorsqu'on se trouve en présence d'un état inflammatoire local. Pour l'extirpation, que M. Berger accuse de ne pas provoquer l'arrêt des suintements, si elle ne les arrête pas, elle les modère singulièrement. L'écoulement est fortement réduit, ne fait plus d'érythème au niveau des fesses, et l'extirpation devient préférable à la dilatation. L'extirpation, quand elle est indiquée, est, en effet, la meilleure des opérations palliatives. Mais elle ne saurait être généralisée. Elle est particulièrement utile dans les cas où la lésion mesure une étendue de 3, 4 ou 5 centimètres. D'ailleurs, elle n'offre pas le grave pronostic de l'extirpation pour cancer du rectum.

En résumé, si la rectotomie ne doit être réservée qu'à des cas exceptionnels, la dilatation s'applique aux cas légers avec l'adjonction du traitement médical. Les cas étendus, bien limités, sont justiciables de l'extirpation. Quant à l'anus contre nature, il trouve son indication dans les cas graves, où il rend de réels services.

M. Reynier montre l'analogie qui relie l'observation citée par M. Quénu de celle que Gosselin répétait souvent à ses élèves, et qui s'oppose à l'idée de syphilome rectal. Ce dernier assista aussi à l'évolution du rétrécissement du rectum. La rectite et le rétrécissement succédèrent, au bout d'un mois, à une ulcération analogue à celle décrite par M. Quénu.

Cette femme ent de la rectite peu après l'ulcération primitive. Ce fut donc bien la rectite qui causa le rétrécissement. Elle vécut d'ailleurs longtemps; mais bien que dilatée dès le début de son affection, elle n'en guérit jamais, et suivit Gosselin dans ses différents services pendant trente ans.

M. Schwartz confirme les idées émises par M. Quénu. Il cite à son tour l'observation d'une malade opérée par lui de rétrécissement du rectum en 1884. Il lui fit la rectotomie linéaire postérieure de Verneuil, et ensuite la dilatation. En la revoyant récemment, il a été frappé de l'heureuse modification survenue dans l'état local de son rectum. Elle se borne à y passer une canule d'un centimètre de diamètre tous les quinze jours.

La dilatation, croit M. Schwartz, doit être réservée aux cas simples. L'anus contre nature vise les cas plus graves, où il faut un résultat d'efficacité rapide.

M. Reclus a vu chez Gosselin la difficulté de la dilatation. Il attribue l'abandon relatif de cette pratique aux écueils multiples qu'elle rencontre, particulièrement à la nécessité où l'on se trouve d'interrompre parfois ce mode de traitement.

D'ailleurs, l'idée que M. Reclus avait émise dans sa communication de juillet dernier est noyée dans la discussion actuelle. Aussi rappelle-t-il que, deux fois, la dilatation progressive lui a donné d'excellents résultats immédiats. Il attribue ces deux succès à l'emploi préalable de tampons de cocaïne au centième laissés cinq minutes dans le rectum. La dilatation consécutive a été facile, simple, peu douloureuse, grâce à la souplesse du rectum, plus tolérant par suite de l'emploi de la cocaïne.

Jamais, ajoute M. Reclus, il n'a vu d'aussi heureux résultats et ces résultats se sont sûrement maintenus depuis un mois et demi chez l'un de ces deux malades, que M. Reclus a particulièrement eu l'occaston de suivre.

Quant aux phénomènes de rectite, ils se sont amendés sous l'influence de lavements d'eau très chaude avec goudron.

L'emploi de la cocaïne prépare la dilatation et, ainsi, celle-ci devient en état de prendre une plus grande extension.

M. Routier présente un appareil destiné à l'administration des lavements chauds chez les prostatiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre.

De l'alcoolisme chez l'enfant.

M. Lancereaux rapporte deux observations d'alcoolisme chez l'enfant.

Dans le premier cas, il s'agit d'une enfant de treize ans et demi, née de parents alcooliques, et dont les frères et sœurs sont presque tous morts en bas âge. Cette enfant prend cinq cents grammes de vin par jour depuis l'âge de trois ans.

Elle a déjà eu la fièvre typhoïde, une pleurésie purulente et une pneumonie; actuellement elle tousse toujours un peu. De plus, son ventre a commencé à grossir, elle a des crampes la nuit, se plaint de cauchemars et de fourmillements des extrémités. Elle a également des pituites, et dit même avoir eu des épistaxis.

A l'examen, on se trouve en présence d'une enfant semblant avoir neuf ans. Elle a un mètre vingt-cinq de haut; elle n'a aucune trace de puberté et ses seins ne sont pas développés. Elle est pâle et maigre. Du côté des organes, on trouve un gros cœur, un large abdomen avec ascite et météorisme, une rate et un foie volumineux; les urines sont albumineuses, et elle a eu, à l'hôpital, des accidents urémiques.

Cette enfant fut soumise au régime lacté. Le foie et la rate ont beaucoup diminué, mais la taille n'a pas augmenté.

La seconde observation se rapporte à une jeune fille de quatorze ans, de parents également alcooliques. Elle a bu du vin à vingt-deux mois, et peu à peu elle est arrivée à en prendre de cinq cents grammes à un litre par jour.

Cette enfant était déjà à cinq ans plus petite que les autres enfants de son âge. A six ans, ont commencé les cauchemars, les crampes. Le ventre en même temps est devenu gros. Aujourd'hui encore, le développement de cette enfant ressemble à celui d'une enfant de six ans. Du reste, pas la moindre trace de syphilis.

Le thorax est rétréci supérieurement, les organes abdominaux, par leur développement, ont au contraire élargi l'abdomen. Celui-ci présente de l'ascite. Le cœur, le foie et la rate sont très gros, les urines sont albumineuses. Quant aux membres inférieurs, ils sont atrophiés et parésiés. Le régime lacté a amendé les troubles digestifs; mais il n'a pas eu d'influence sur la taille.

L'orateur a essayé de reproduire ces lésions par l'expérimentation. Pour cela, il a donné à deux lapins de trois semaines des doses de vin allant de 2 à 10 centimètres cubes par jour. Le premier est mort au bout de vingt jours, sans altérations viscérales. Le second n'est mort qu'au bout de trente jours, avec des hémorrhagies stomacales, foie grisâtre et tuméfaction de la rate.

Le foie était le siège d'une irritation portant surtout au centre du lobule. Les veines sus-hépatiques étaient remplies de leucocytes et de cellules endothéliales proliférées. Quant au tissu conjonctif des espaces portes, il ne présentait rien d'anormal. Le protoplasma des cellules était également indemne.

M. Lancereaux termine en montrant l'influence de l'alcoolisme sur la croissance des enfants, s'appuyant sur les faits cliniques et expérimentaux précités. Il insiste sur cette cause de dégénérescence de la race et sur le devoir qu'a le médecin de la combattre.

M. Hervieux répond, au nom de l'Académie, à M. le secrétaire général de la Société russe chargée d'organiser la célébration du centenaire de Jenner, et fait l'historique des mesures prises en France par les pouvoirs publics en faveur de la vaccine, depuis l'année 1800, époque où elle fut introduite dans notre pays.

LES LIVRES

Société d'éditions scientifiques, place de l'Ecole-de-Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Manuel du microscope à l'usage du débutant, par le Dr Albert Miquet, membre de la Société de Thérapeutique, de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, de la Société d'Hygiène de l'Enfance. In-16 jésus de 56 pages et 17 figures. — Prix : 1 fr. 50.

Les ouvrages qui s'occupent du microscope sont nombreux.

Beaucoup sont excellents, mais tous sont volumineux et remplis de détails qui présentent certainement un grand intérêt, mais rebutent le débutant.

L'auteur de ce manuel s'adresse aux jeunes étudiants, au public médical le plus nombreux, à celui composé de praticiens qui cherchent à se perfectionner dans leur art, à pratiquer, au grand profit de leurs malades, les nouvelles méthodes médicales, à profiter de tous les moyens d'investigation scientifique pour porter un diagnostic sûr et précis et conseiller par suite une thérapeutique rationnelle et efficace.

Aujourd'hui que le microscope a sa place marquée dans tout cabinet de médecin, il est indispensable que tout praticien sache s'en servir pour examiner les crachats, les sédiments de l'urine, le sang, le pus, etc.

Mais avant de se servir d'un instrument quelconque et surtout d'un instrument aussi délicat et aussi complexe que le microscope, il est important d'en bien connaître la structure, le rôle que jouent les différentes pièces qui le composent, la façon de s'en servir, les soins à prendre pour éviter qu'il ne se détériore.

L'auteur, en débarrassant les descriptions de tout ce qu'elles ont d'aride, a fait un excellent petit traité qui rendra des services signalés, non seulement aux médecins et aux étudiants, mais encore aux chimistes, aux droguistes, aux pharmaciens, aux industriels, etc., à tous ceux dont la profession nécessite l'emploi de cet instrument.

Des annotations définissent tous les termes employés dans le texte qui pourraient embarrasser le lecteur.

De nombreuses figures complètent ce texte déjà très clair.

Pour terminer, le Dr Albert Miquet décrit sommairement le petit matériel nécessaire pour faire de l'histologie chez soi.

Du service médical dans les travaux de construction : Une campagne en Macédoine (1893-1895), par le Dr Barthe de Sandfort. — In-8° raisin de 228 pages, avec planches et graphiques. Prix : 7 fr. 50.

A une époque où les esprits sont dirigés vers les grandes entreprises lointaines et où la construction des voies ferrées tient le premier rang dans les préoccupations commerciales de tous les peuples, l'ouvrage du Dr Barthe de Sandfort offre aux ingénieurs, sous une forme aussi succincte que précise, le moyen pratique de prévoir, dans le devis des travaux projetés, l'organisation si importante d'un service sanitaire complet; il démontre, par une expérience des plus probantes, combien il est utile et facile de répondre aux desiderata de l'hygiène sur les chantiers.

Les médecins trouveront des notions précieuses sur des fonctions en général peu connues, et ils apprendront à surmonter toutes les difficultés d'une tâche plus délicate et plus captivante qu'on ne saurait le supposer.

A cette tâche, si pratique qu'elle mériterait le titre de *Carnet du Médecin d'Entreprises*, l'auteur a su joindre des considérations scientifiques aussi sérieuses qu'intéressantes. Tout en rendant hommage à ses nombreux devanciers dans cette voie, le Dr Barthe de Sandfort donne une note très personnelle à toutes les questions de pathologie, d'hygiène et de thérapeutique concernant les travaux de terrassement. Mais, pour laisser au lecteur toute la liberté de conclure, il se contente de mettre sous ses yeux de nombreux graphiques et tableaux statistiques qui suivent, mois par mois, pendant deux ans, une véritable armée de 8,000 travailleurs.

L'aridité apparente du sujet est tempérée par d'alertes aperçus sur la vie de ces hardis pionniers du génie civil et sur les pays que va régénérer la ligne toute française dont il nous fait l'histoire. C'est ainsi que, dans un dernier chapitre, qui constitue un véritable opuscule, il nous fait faire, en Macédoine, une promenade à laquelle les événements politiques donnent une saveur d'actualité toute particulière.

Librairie du Progrès Médical.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, par Bourneville. — Un beau volume in-8° de LXXI-254 pages, avec 31 figures et 8 planches hors texte. Prix : 6 fr.

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1895, par Bourneville, avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Duharry, Leriche, Lombard, J. Noir, Pilliet, Ruel, Sollier et Tissier, internes ou anciens internes du service.

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 19 AU 24 OCTOBRE 1896

THÈSES DE DOCTORAT

Lundi 19 octobre, à 1 heure. — 1er (Ancien régime) : MM. Blanchard, Weiss, Chassevant.

Mardi 20 octobre, à 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Panas, Berger, Hartmann. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Albarran, Thiéry.

Mercredi 21 octobre, à 1 heure. — 1er (Ancien régime) : MM. Gariel, André, Heim.

Vendredi 23 octobre, à 1 heure. — 1er : MM. Gautier, Blanchard, Weiss. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Hayem, Widal. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Straus, Gaucher, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Humbert, Varnier.

Samedi 24 octobre, à 1 heure. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin, Ménétrier. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Debove, Roger, Achard.

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Médecine opératoire.

Sous la direction de M. Poirier, chef des travaux anatomiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants qui doivent passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire et à ceux que diverses circonstances ont empêchés de prendre part aux exercices du semestre d'été.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté avant le jeudi 15 octobre.

M. le docteur Guillemain, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 20 octobre, à 1 heure précise, pavillon n° 7 (Ecole pratique).

Travaux pratiques d'histologie.

M. Rémy, agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie, assisté de deux moniteurs, fera, à partir du 20 octobre 1896, une série de démonstrations d'histologie.

Cette série est spécialement destinée aux élèves de deuxième année (A. R.) et de première année (N. R. et A. R.) auxquels l'inscription du 4e trimestre de l'année scolaire 1895-1896 a été refusée par suite d'absences ou de mauvaises notes aux exercices pratiques dont il s'agit.

MM. les étudiants qui désireraient suivre cette série dans le but de régulariser leur situation et de recouvrer l'inscription perdue, devront en faire la demande écrite (sur papier timbré de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté avant le samedi 17 octobre; ils acquitteront le droit réglementaire : 40 francs.

Limites des consignations pour examens qui ne se passent pas en sessions.

I. — Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à 3 heures, du 5 octobre 1896 aux dates ci-après désignées :

Doctorat (ancien régime) : 2e examen (1re partie), jusqu'au 9 mars 1897;

(Toutefois, les élèves entrant en 3e année au mois d'octobre 1896 ne pourront consigner que les 27 février, 1er, 8, 9 mars 1897.)

2e examen (2e partie), jusqu'au 6 avril 1897;
3e examen (1re partie), jusqu'au 6 avril 1897;
3e examen (2e partie), jusqu'au 11 mai 1897;
4e examen, jusqu'au 25 mai 1897;
5e examen (1re partie), jusqu'au 18 juin 1897;

(Le bulletin de versement des droits relatifs à cet examen ne sera délivré que lorsque le certificat de stage obstétrical sera parvenu à la Faculté.)

5e examen (2e partie), jusqu'au 29 juin 1897;
Thèses, jusqu'au 6 juillet 1897;

Officiat : 1er examen définitif, jusqu'au 9 mars 1897;
2e examen définitif, jusqu'au 6 avril 1897;
3e examen définitif, jusqu'au 29 juin 1897.

II. — MM. les candidats ajournés avant le 30 mai 1897 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 14 juin);

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 14 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 16 mai;

A partir du 1er juillet pour les candidats ayant échoué après le 16 mai et avant le 30 mai.

Les candidats ajournés après le 16 mai consigneront les 24, 25, 31 mai et 1er juin inclusivement, dernier délai;

Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 30 mai consigneront les 14 et 15 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dépositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés après le 30 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 6 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre (MM. les étudiants sont priés de consulter ces affiches qui paraissent vers le 15 octobre et le 15 février).

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants de 5e année (ancien régime), de 4e et de 5e années (nouveau régime);

2° Les étudiants en cours irrégulier d'études;

3° Les docteurs français;

4° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

(Des affiches spéciales feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques et les conditions d'admission à ces travaux. — MM. les étudiants recevront une lettre de convocation individuelle.)

Cartes d'étudiants.

Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1896-97, seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en 2e, 3e ou 4e années; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à 3 heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Faculté de médecine de Lille.

M. le docteur Surmont, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1896-97, d'un cours d'hygiène.

Ecole de médecine de Clermont.

M. le docteur Bousquet, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 43 24 Octobre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.
Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Anatomie pathologique et traitement du pied bot varus équin congénital.

Par E. Kirmisson.

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, membre de la Société de Chirurgie.

(Suite et fin.)

Section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire. — Une autre opération que l'on est souvent conduit à pratiquer dans le traitement du pied bot varus équin invétéré, c'est la section sous-cutanée de l'aponévrose plantaire. Souvent, en effet, comme nous l'avons dit à propos de l'anatomie pathologique, on voit se produire dans le pied bot récidivé ou abandonné à lui-même une rétraction considérable de l'aponévrose plantaire, qui maintient l'enroulement du bord interne du pied et met obstacle au redressement. Il devient alors nécessaire de pratiquer la section de cette aponévrose, opération d'une simplicité extrême, et tout à fait exempte de gravité, si elle est faite d'une manière méthodique. En clinique, cette aponévrose se présente sous la forme d'un cordon dur et résistant, tendu de la tubérosité interne du calcanéum à la base du gros orteil; mais il faut bien savoir que cé n'est là que le bord interne de l'aponévrose, qui constitue, dans son ensemble, une bandelette triangulaire dont le sommet est tourné en arrière, tandis que sa base dirigée en avant affecte la forme de languettes qui vont aboutir aux quatre premiers orteils. La section doit être faite vers le milieu de la voûte plantaire, à égale distance entre le talon et l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Ce dernier étant porté dans l'extension forcée, de façon à tendre et à rendre bien saillante la bandelette aponévrotique, le ténotome pointu est introduit de dedans en dehors sur le bord interne du pied. On doit se rappeler à ce moment que l'aponévrose n'est pas nn simple cordon arrondi, mais bien une bandelette d'une certaine largeur, et pousser la pointe du ténotome jusqu'au delà de la partie moyenne de la région plantaire, afin de pouvoir sectionner l'aponévrose dans toute sa largeur. Au ténotome pointu est alors substitué un ténotome mousse et convexe qui coupe l'aponévrose pendant que le gros orteil est maintenu dans l'extension forcée. Grâce à cette précaution, la languette aponévrotique est tellement tendue qu'elle se rompt parfois avec bruit sous l'effort du ténotome. En procédant ainsi, c'est-à-dire en attaquant l'aponévrose vers sa partie moyenne, et à l'aide d'un ténotome convexe, dont le talon n'appuie pas sur les tissus profonds, on a l'avantage de sectionner l'aponévrose dans sa totalité, et de n'être pas exposé à blesser les vaisseaux et les nerfs sous-jacents, vu l'épaisseur des muscles qui séparent ce feuillet fibreux des organes qu'il faut ménager.

Ténotomie des muscles jambiers antérieur et postérieur. — La section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire peuvent n'être pas suffisantes. Il est encore d'autres tendons dont la rétraction concourt à maintenir la difformité et qu'il devient parfois nécessaire de sectionner; ce sont les tendons des muscles jambiers antérieur et postérieur. Etant données la situation et les connexions anatomiques du jambier antérieur, on comprend que ce muscle soit facilement sectionné. Il fait, sur la face dorsale du pied, une saillie nettement reconnaissable, et il est assez éloigné de l'artère tibiale antérieure située à son côté externe, pour qu'on n'ait aucune crainte de blesser ce vaisseau. Il n'en est pas de même pour le tendon du jambier postérieur; quel que soit le soin apporté dans la section, on est toujours exposé à blesser l'artère tibiale postérieure. Bonnet et Malgaigne disent avoir connaissance de plusieurs accidents de cette nature; on en trouvera d'autres cités dans l'ouvrage d'Adams; d'autre part, il est possible, si l'on craint de pénétrer trop profondément, qu'on laisse échapper le tendon. Entre ces deux alternatives, il vaut mieux avoir recours à la ténotomie à ciel ouvert qui, à l'heure actuelle, ne saurait avoir aucun inconvénient sérieux. Du reste, pour notre part, il nous est arrivé bien rarement de pratiquer la section isolée du tendon jambier postérieur. Dans les cas où la section de ce tendon est indiquée, nous avons habituellement recours à l'opération de Phelps.

Redressement forcé sous le chloroforme. — Même combinées entre elles, les diverses ténotomies que nous venons de passer en revue ne sauraient suffire à procurer la guérison du pied bot invétéré. Il faut, en effet, ne pas perdre de vue que la rétraction tendineuse ne constitue

pas l'unique obstacle, ni même l'obstacle principal à la réduction. Il est même des pieds très déformés dans lesquels la rétraction tendineuse est absente. Tout l'obstacle vient alors des os et des ligaments. Contre cet élément si important dans la cure du pied bot invétéré, nous avons, dans la réduction forcée sous le chloroforme, un moyen très puissant. Soit seul, soit associé à la ténotomie, le redressement forcé sous le chloroforme peut amener la guérison dans bon nombre de pieds bots invétérés. Il n'est pas nécessaire de donner de cette méthode une longue description: les manœuvres qui la composent sont les mêmes que celles mises en usage dans le massage ordinaire du pied bot. Elles sont seulement poursuivies avec plus d'insistance, et conduites avec plus de force, ce que permet l'anesthésie, supprimant à la fois la douleur et la contracture musculaire. S'adressant d'abord au varus, l'opérateur saisit solidement d'une main le talon, tandis que l'autre main, par une série de secousses successives, porte la pointe du pied en dehors. Le centre du mouvement est l'articulation médio-tarsienne. Le second temps de l'opération est le redressement de l'équinisme. Cette fois, la main gauche saisit le bas de la jambe de façon à la fixer solidement, pendant que la main droite, appuyant vigoureusement sur la concavité de la voûte plantaire, imprime au pied des mouvements de redressement successif, jusqu'à ce qu'elle arrive à le placer à angle droit sur la jambe. Pendant ces différents temps de l'opération, bien souvent de petits craquements se font entendre, traduisant l'existence de ruptures ligamenteuses; peut-être même se produit-il parfois de légers tassements osseux. Mais ces lésions sont sans importance; les douleurs auxquelles elles donnent lieu se calment rapidement, et elles n'ont jamais, dans la suite, amené la moindre complication.

Une fois le redressement obtenu, le pied est immobilisé au moyen d'un appareil plâtré dans lequel j'ai l'habitude de le maintenir pendant six semaines environ; après quoi, le malade marche avec une simple bottine munie de tuteurs latéraux en acier. Si le redressement complet n'a pu être obtenu en une seule séance, ou s'il se produit des récidives, il est possible d'avoir recours à des redressements successifs sous le chloroforme, de manière à arriver au résultat définitif. Mais l'effort à déployer est souvent considérable; aussi a-t-on eu l'idée de substituer, à la force manuelle, l'emploi d'appareils mécaniques ou tarsoclastes dont un bon nombre de modèles existent aujourd'hui dans l'arsenal chirurgical. Dans les uns, le redressement est obtenu au moyen d'un levier comme dans l'appareil de Bradford; dans les autres, c'est au moyen de vis, comme dans les appareils de Thomas (de Liverpool) et de Schaffer. Nous ne contestons pas les bons résultats qu'on a pu obtenir à l'aide de ces divers instruments; mais ce que nous leur reprochons, c'est d'exercer, en différents points de la surface du pied, des pressions dangereuses qui peuvent donner naissance à des eschares. Un petit malade que nous avons opéré d'un pied bot invétéré, après plusieurs récidives, avait justement subi le redressement au moyen d'un de ces tarsoclastes. Des eschares profondes, mettant à nu le squelette, s'étaient produites chez lui et avaient demandé plusieurs mois pour arriver à la guérison. Ce qu'il y a de particulièrement fâcheux en pareil cas, ce sont non seulement les douleurs qui résultent de l'accident, mais encore l'interruption du traitement qui eu est la conséquence forcée; aussi voit-on se produire la récidive, et le malade se trouve, en définitive, avoir souffert en pure perte. Pour notre part, dans tous les cas où le redressement forcé par le simple effort manuel est impossible, nous préférons avoir recours à la section à ciel ouvert de toutes les parties molles qui s'opposent au redressement.

Section à ciel ouvert des parties molles. Méthode de Phelps. Large arthrotomie médio-tarsienne, section du ligament en Y (Kirmisson). — En 1888, observant à l'hôpital Necker dans le service du professeur Le Fort que je remplaçais en ce moment, un jeune garçon d'une dizaine d'années atteint de pied bot varus équin congénital, je faisais observer à mes élèves que toutes les parties molles au niveau du bord interne du pied étaient le siège d'une rétraction considérable, et que la section complète de ces parties molles au moyen d'une large incision à ciel ouvert faciliterait singulièrement le redressement. Mais il s'agissait là d'un malade que M. Le Fort traitait par les redressements successifs suivis de l'application d'appareils plâtrés et qu'il désirait conduire lui-même jusqu'à complète guérison. Je ne pouvais donc, en son absence, me permettre de l'opérer: mais je me promettais bien, à la prochaine occasion, de mettre à exécution le plan que j'avais conçu. Cette occasion ne tarda pas à se présenter. En effet, en arrivant à l'Hôtel-Dieu, où je remplaçais le professeur Richet pendant l'année scolaire 1888-1889, je trouvais un jeune enfant de six ans atteint d'un double pied bot varus équin congénital, qui avait successivement subi sans résultat deux ténotomies du tendon d'Achille, puis une double extirpation de l'astragale. Ce fut sur lui que je pratiquai ma première opération de section à ciel ouvert des parties molles, le 10 février 1889. Mais dès que je fis quelques recherches bibliographiques à ce sujet, je ne tardai pas à trouver la trace de la communication qu'avait faite sur ce point M. Phelps (de New-York) au Congrès de Copenhague, en 1884, communication qui, jusqu'à ce moment, était passée complètement inaperçue en France (1). Sans chercher un seul instant à m'approprier une idée qui avait déjà été mise en pratique par un autre chirurgien, je présentai l'opération sous le nom d'opération de Phelps; toutefois, je lui imprimai, dès le début, une modification sur laquelle j'insisterai, parce que je lui attribue une très grande importance, et que, suivant moi, elle contribue puissamment au résultat. M. Phelps a fait sa première opération le 25 juillet 1880 sur une enfant de six ans et demi, atteinte d'un double varus équin. Il pratiqua directement, au-dessus de l'articulation médio-tarsienne, une incision comprenant les trois quarts de la face plantaire, et dans laquelle furent intéressées toutes les parties molles, même les vaisseaux et les nerfs. Sur le second pied, grâce à l'application préalable de la bande d'Esmarch, les vaisseaux et les nerfs purent être ménagés. Il avait fait auparavant la section sous-cutanée du tendon d'Achille; les os purent alors, avec quelques efforts, être remis en place. L'écartement des lèvres de l'incision, après la réduction de la difformité, alla à 39 millimètres, ce qui représentait exactement le raccour-

(1) Phelps: *Treatment of certain forms of club foot by open incision. Congrès international de Copenhague*, 1884.

cissement du bord interne du pied mesuré avant l'opération. Les plaies étaient entièrement cicatrisées au bout de trois semaines, et le résultat définitif très satisfaisant.

On remarquera, d'après le récit de cette opération, que Phelps faisait une incision très considérable du côté de la face plantaire, puisqu'il intéressait les vaisseaux et les nerfs. D'autre part, il dit qu'après avoir pratiqué la section des tendons jambiers antérieur et postérieur, il essaie quelques manœuvres de réduction ; si elles échouent, il attaque alors le ligament astragalo-scaphoïdien, et ouvre largement l'articulation médio-tarsienne. Ce dernier temps de l'opération présenté comme facultatif dans la communication de Phelps, est devenu pour moi le point *fondamental*, essentiel de toute l'intervention. Après avoir sectionné les tendons jambiers antérieur et postérieur, je coupe également les ligaments astragalo-scaphoïdiens, et, portant la pointe du pied en dehors, je fais bâiller largement l'articulation médio-tarsienne; j'introduis alors dans l'interligne articulaire un bistouri à lame étroite avec lequel je sectionne aussi complètement que possible, dans la profondeur, le ligament en Y. Une autre particularité par laquelle mon mode opératoire diffère de celui de Phelps, c'est que je donne à l'incision plantaire le moins d'étendue possible, de façon à ménager les vaisseaux et les nerfs, intéressant seulement les fibres les plus internes du muscle adducteur du gros orteil. Enfin, un point qu'il est très important de préciser, c'est que je ne m'arrête pas à la section des diverses parties que je viens d'énumérer: je termine par la réduction forcée de la difformité, jusqu'à ce que le pied, dont le bord interne est entièrement redressé, soit placé à angle droit sur la jambe. C'est pour n'avoir peut-être pas suffisamment insisté sur ces différents points, qui, cependant, ont été indiqués dans la thèse de mon élève, le docteur Bonnemaison (1), que je n'ai pas entraîné la conviction de certains de mes collègues, qui n'ont pas obtenu de l'opération de Phelps des résultats aussi avantageux que ceux que j'annonçais moi-même. Il importe donc de bien préciser le manuel opératoire. Aussi entrerai-je ici dans des détails plus minutieux que dans mes publications antérieures.

On commence par déterminer aussi exactement que possible le point répondant à l'articulation médio-tarsienne. C'est là, du reste, une recherche rendue souvent fort difficile par l'existence d'une dépression profonde sur le bord interne du pied, dépression au fond de laquelle se trouve cachée la tubérosité du scaphoïde qui ne forme sous les téguments aucun relief appréciable. En outre, comme nous l'avons fait observer déjà à propos de l'anatomie pathologique, la tubérosité du scaphoïde subit toujours, dans le pied bot varus équin congénital, un mouvement d'ascension considérable, au point de venir s'articuler parfois avec la pointe de la malléole interne. Pour ces diverses raisons, il est préférable de prendre comme point de repère la malléole elle-même. Supposons qu'il s'agisse du pied gauche ; la peau du pied ayant été soigneusement lavée, on pratique, à deux ou trois millimètres au-devant de la pointe de la malléole interne, une incision transversale, située par conséquent un peu en arrière de la plicature profonde répondant à l'articulation médio-tarsienne. Cette incision commençant à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes de la face plantaire, contourne perpendiculairement le bord interne du pied, et vient se terminer, sur sa face dorsale, à un centimètre environ en dehors du tendon jambier antérieur. La peau et le tissu cellulaire étant incisés, on voit apparaître dans la plaie la veine saphène interne qui est sectionnée entre deux pinces ; portant le bistouri du côté de la face dorsale, on met à nu le tendon du jambier antérieur qui est sectionné ; la dissection est alors dirigée vers la face plantaire; les fibres des muscles du gros orteil sont sectionnées: le tubercule du scaphoïde est mis à nu ; le relief qu'il fait au fond de la plaie suffit à le faire reconnaître. Si toutefois il était peu visible, le doigt porté au fond de la plaie, en même temps qu'on imprime à l'articulation médio-tarsienne quelques mouvements, suffirait à le faire reconnaître. Portant alors le bistouri immédiatement en arrière du tubercule scaphoïdien, on sectionne du même coup le tendon jambier postérieur à son insertion sur ce tubercule, et l'on ouvre l'articulation médio-tarsienne. Un écarteur est placé dans l'angle externe de la plaie sur la face dorsale du pied; le chirurgien embrassant dans sa main gauche l'avant-pied, lui imprime un mouvement de torsion en dehors, en même temps qu'avec la pointe du bistouri, il attaque successivement les fibres des ligaments astragalo-scaphoïdiens supérieur, puis inférieur; au fur et à mesure que ces fibres sont sectionnées, l'articulation est de plus en plus largement ouverte. Il est alors possible d'engager profondément dans son intérieur la pointe d'un bistouri étroit, qui va sectionner aussi complètement que possible le ligament en Y. Si la réduction du varus n'est pas suffisante, on la complète par un redressement manuel, pendant lequel des craquements se font entendre, indiquant la rupture des fibres ligamenteuses qui ont échappé au bistouri.

Le varus étant corrigé, il s'agit de s'occuper de l'équinisme; et là, suivant les cas, on s'adressera, soit au redressement forcé, soit à la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Mais, quand la section de ce dernier tendon est jugée nécessaire, ce n'est jamais par elle que nous commençons l'intervention chirurgicale. En effet, comme nous l'avons fait observer déjà, le tendon d'Achille rétracté fournit un point d'appui solide qui permet d'agir beaucoup plus efficacement dans le redressement du varus.

L'opération que nous venons de décrire s'exécute avec la plus grande facilité. L'hémorrhagie est tout à fait insignifiante; grâce à la précaution que nous avons indiquée de dénuder la veine saphène interne et de la sectionner entre deux pinces, on n'est pas gêné par le sang de ce vaisseau. Habituellement, une petite artère contenue dans l'épaisseur des muscles du gros orteil est sectionnée; il suffit de la pincer et de la tordre ; rarement nous avons été obligés d'en faire la ligature.

Le redressement du pied fait bâiller largement la plaie ; elle offre le plus souvent une largeur de 3 à 4 centimètres. Dans nos premières opérations, nous bourrions cette plaie avec la gaze iodoformée. Cette pratique avait l'inconvénient de former là un magma adhérent que nous ne pouvions enlever au bout de quelques semaines, sans provoquer de la douleur et une petite hémorrhagie. Nous nous

(1) Bonnemaison : *De l'opération de Phelps et de l'arthrotomie médio-tarsienne (procédé de Kirmisson) dans le traitement dans le pied bot varus équin congénital*, thèse de doct., Paris, 1892.

contentons aujourd'hui de recouvrir la plaie de gaze iodoformée, à laquelle nous surajoutons une couche de ouate hydrophile. Le redressement du pied est maintenu au moyen d'une gouttière plâtrée remontant jusqu'au genou.

Les suites opératoires sont habituellement des plus simples; les douleurs se calment vite par l'immobilisation; c'est à peine si quelques malades ont un peu de réaction fébrile. A moins d'indications particulières, nous laissons le pansement en place pendant trois ou quatre semaines. Quand nous l'enlevons pour la première fois, nous trouvons la plaie recouverte de bourgeons charnus: elle se comble peu à peu par bourgeonnement, ce qui, suivant son étendue, demande un temps plus ou moins considérable, en général, deux à trois mois. Au bout de ce temps, les malades commencent à marcher à l'aide de bottines pourvues de tuteurs latéraux en acier insérés dans la tige de la bottine. Le massage et l'électrisation des muscles abducteurs complètent la guérison. Du reste, dès que le malade recouvre l'usage normal de son membre, dès qu'il est débarrassé d'appareils lourds et encombrants, et qu'il appuie régulièrement sur la face plantaire, les muscles ne tardent pas à reprendre leur volume. L'opération laisse, sur le bord interne du pied, une cicatrice plus ou moins large. C'est là justement un des reproches que l'on a adressés à la méthode de Phelps. On a pensé que cette cicatrice pourrait devenir le siège de pressions et même d'ulcérations douloureuses. Pour notre part, nous n'avons jamais rien observé de semblable. Quand on revoit les malades au bout d'une ou plusieurs années, on est tout surpris de constater que cette cicatrice qui, vu la profondeur de la plaie, devrait adhérer au squelette, est devenue parfaitement souple et mobile; dans quelques cas même, elle a été réduite à une étendue insignifiante.

Résultats opératoires. — Le nombre des opérations de Phelps que j'ai pratiquées jusqu'à ce jour, par le procédé que je viens de décrire, s'élève à 71. Elles ont porté sur 48 malades, dont 23 étaient atteints de pied bot double, et 25 de pied bot simple. Relativement à l'âge, nos malades se répartissent de la façon suivante : L'enfant le plus jeune que nous ayons opéré avait 15 mois ; c'était un petit garçon de notre service atteint de double pied bot varus équin congénital, qui n'avait jamais été soumis à aucun traitement; chez lui, la déformation était tellement difficile à corriger que nous avons dû faire, d'un côté, l'opération de Phelps. Nous avons suivi cet enfant pendant très longtemps; il a fini par obtenir une complète guérison. Un autre petit garçon, atteint de pied bot double et qui n'avait jamais été traité, a été opéré par nous à l'âge de 2 ans; quelques-uns avaient 3 ans ou 3 ans et demi ; mais le plus grand nombre de nos malades étaient compris entre 3 et 10 ans ; nous trouvons fréquemment dans nos observations 5, 6, 7, 8, 9 et 10 ans. Deux de nos malades avaient 14 ans, et deux autres 13; les plus âgés avaient, l'un 16, et l'autre 19 ans.

Pour bien montrer que nous n'avons pas entrepris l'opération à la légère, nous ferons observer que, sur les 48 malades que nous avons opérés, il s'en est trouvé 20 qui avaient subi antérieurement la section du tendon d'Achille; 8 avaient subi, à deux reprises différentes, la ténotomie ; une petite fille de 7 ans avait même subi trois ténotomies successives : l'une à 20 jours, l'autre à 10 mois, la troisième à 23 mois. Un de nos malades avait été soumis au redressement forcé à l'aide d'un tarsoclaste : il en était résulté une escbare profonde, allant jusqu'au squelette : on avait dû interrompre tout traitement ; d'où prompte récidive. Enfin, trois malades avaient subi antérieurement sans résultat l'extirpation de l'astragale : ce qui montre bien que les opérations portant sur le squelette, pas plus que les autres méthodes de traitement, ne sauraient procurer une guérison certaine, si le traitement consécutif n'est pas bien dirigé.

Parmi les 48 malades opérés, il en est 1 seulement chez lequel nous avons observé une complication fâcheuse au point de vue du résultat définitif : c'est un garçon de 9 ans et demi, atteint d'un double pied bot et d'une double main bote ; chez lui, la circulation paraît se faire difficilement. Même en dehors de l'application d'appareils, les extrémités sont toujours violacées : à la suite de notre opération, nous avons vu se produire chez lui, sur le pied gauche, une escbare qui s'est étendue jusqu'à l'os, et qui a déterminé la perte du petit orteil ; les tendons fléchisseurs sont restés rétractés, les orteils sont en griffe ; en un mot, le résultat fonctionnel laisse beaucoup à désirer. Un autre de nos petits malades a eu une eschare, mais celle-ci superficielle, et qui n'a entraîné aucune conséquence fâcheuse. Enfin, sur une enfant opérée à la consultation, nous avons vu se développer une lymphangite qui a déterminé un abcès de la face dorsale du pied. Ce sont là les seules complications que nous ayons observées.

Quant aux résultats définitifs, ils ont été en général très satisfaisants. Le seul résultat vraiment mauvais, c'est celui dont nous venons de parler, chez cet enfant qui a eu, à la suite de l'opération, une gangrène étendue du pied. Une autre malade, une jeune fille de 12 ans, chez laquelle le pied bot varus équin était consécutif à la contracture survenue dans le cours d'une paraplégie du mal de Pott, n'a eu qu'un redressement insignifiant, bien que, chez elle, j'eusse ajouté à l'incision des parties molles une tarsectomie cunéiforme sur le bord externe du pied. Chez deux autres malades, nous avons eu recours à cette manière de faire, c'est-à-dire qu'après la section des parties molles, nous avons fait une excision cunéiforme du tarse sur le bord externe du pied. Le premier d'entre eux est un petit garçon atteint de double pied bot varus équin congénital que nous avons opéré à l'Hôtel-Dieu en 1889. Il avait déjà subi antérieurement, sans succès, une double extirpation de l'astragale; pour arriver au redressement, j'ai dû, sur un des deux pieds, ajouter chez lui à la section des parties molles une excision cunéiforme de la partie antérieure du calcanéum. Enfin, j'ai fait cette même excision cunéiforme sur le bord externe du pied chez un garçon de 10 ans atteint d'un pied bot varus équin congénital, pour lequel on avait pratiqué antérieurement la section du tendon d'Achille; on avait ainsi transformé le varus équin en varus pur, dans lequel la plante du pied était dirigée en dedans, le bord interne du pied regardant directement en haut.

Chez d'autres malades, relativement âgés, par exemple deux jeunes filles de 19 et 16 ans, un jeune garçon de 13 ans, l'opération de Phelps ne nous a pas permis d'obtenir immédiatement un redressement complet; nous avons dû y joindre un redressement forcé sous le chloro-

forme. Six fois nous avons dû compléter, par ce moyen, le résultat obtenu. Encore chez deux de ces malades est-il resté un certain degré d'équinisme; chez l'un d'eux, que nous avons revu trois ans et demi après l'opération, cet équinisme léger ne gêne nullement la marche, et le jeune homme est très satisfait du résultat de son opération.

Il est un certain nombre de malades que nous avons pu suivre un temps suffisant, un ou deux ans, par exemple, pour nous assurer de la persistance des bons résultats obtenus. Malheureusement, à Paris, où la population qui fréquente les hôpitaux change souvent de domicile, il est bien difficile de ne pas perdre de vue les malades opérés. Au mois de novembre dernier, désirant examiner de nouveau nos opérés en vue de la rédaction de ce travail, je les ai tous convoqués aux Enfants-Assistés; dix seulement ont répondu à mon appel, représentant un total de 15 opérations, parce que, chez 5 d'entre eux, la difformité était double. Chez tous ces malades opérés depuis trois, quatre et cinq ans, le redressement obtenu par l'opération avait persisté, et chez tous, le résultat pouvait être considéré comme satisfaisant.

Toutefois, chez l'un d'eux, qui avait subi, deux ans auparavant, une double opération de Phelps du côté gauche, le résultat cherché a été dépassé; il s'est produit un véritable effondrement de la voûte plantaire et une déviation du pied en valgus; mais, de ce côté aussi, l'enfant marche facilement en appuyant bien sur la plante du pied.

Il serait trop long de rapporter ici toutes nos observations, et d'ailleurs la besogne serait bien fastidieuse, tous ces faits étant pour ainsi dire calqués les uns sur les autres.

Observations.

Obs. I. — Marius G..., double pied bot varus équin congénital; le malade avait subi, à l'âge de 1 mois, une double ténotomie des tendons d'Achille; à 3 ans, deuxième ténotomie du tendon d'Achille ayant porté sur le pied gauche.

Double opération de Phelps le 2 avril 1891, à l'âge de 5 ans; le malade a été revu le 14 novembre 1895, 4 ans et demi, par conséquent, après l'opération. Les résultats ont persisté.

Obs. II. — Léon L..., 7 ans, double pied bot varus équin congénital. Cet enfant a subi, à un mois, une double ténotomie du tendon d'Achille, puis, comme la récidive s'était produite, une seconde ténotomie du tendon d'Achille a été pratiquée à l'âge de 2 ans, et suivie du port continu d'appareils jusqu'au moment où l'enfant est entré dans notre service le 21 octobre 1893. Les appareils que portait le petit malade à cette époque pesaient 2,040 gr. Chez lui, la double opération de Phelps a été pratiquée le 27 octobre 1893; le malade a été revu deux ans après, le 14 novembre 1895. A droite, le résultat obtenu ne laisse rien à désirer; à gauche, au contraire, la correction a dépassé le but et produit une déviation du pied en valgus.

Obs. III. — Paul B..., pied bot varus équin congénital du côté gauche. Première ténotomie du tendon d'Achille à l'âge de 6 semaines; deuxième ténotomie à 5 ans. L'enfant avait 10 ans quand il nous a été présenté. Nous avons fait chez lui, le 21 février 1893, l'opération de Phelps; cet enfant a été revu par nous le 28 novembre 1895, c'est-à-dire deux ans et neuf mois après l'opération; au bout de ce temps le résultat obtenu ne s'était pas démenti.

Comme nous l'avons déjà dit, ce serait allonger inutilement ce travail que de publier *in extenso* toutes nos observations. Du reste, nous avons eu soin de noter les complications que nous avons observées : dans un cas une lymphangite avec abcès: dans un autre, une petite eschare, sans que ces complications aient nui au résultat définitif. Dans deux autres cas, avons-nous dit, le résultat a été mauvais, cela chez le garçon qui a eu un sphacèle étendu du pied, et chez la jeune fille que nous avons opérée pour un pied bot consécutif à une paraplégie du mal de Pott. Enfin, nous avons mentionné le cas du petit malade chez lequel l'opération a déterminé une hypercorrection substituant au varus équin congénital une déviation du pied en valgus, afin qu'on ne nous accuse pas de cacher l'imperfection de nos résultats.

A part ces faits, l'opération de Phelps, avec la modification que nous lui avons fait subir, c'est-à-dire la large arthrotomie médio-tarsienne, nous a toujours donné des résultats avantageux dans les 71 cas où nous l'avons pratiquée. Chez quelques malades, le résultat obtenu a été tout à fait parfait au double point de vue de la forme et de la fonction. Chez d'autres, il reste une légère déformation, soit dans le sens du varus, soit sous le rapport de l'équinisme; mais chez tous, l'opération a fourni un membre utile.

Nous conclurons donc en disant : Dans le pied bot invétéré, l'opération de Phelps (section des parties molles sur le bord interne du pied avec large arthrotomie médio-tarsienne) nous paraît être l'opération de choix. Non sans doute qu'elle doit réussir à corriger tous les pieds bots invétérés. On comprend en effet que, chez des malades déjà avancés en âge, dont le pied présente une difficulté considérable au redressement, elle se montre insuffisante. Mais c'est toujours par elle qu'il convient de commencer, elle a pour avantage de contribuer puissamment au redressement du varus, et de réduire au minimum les interventions portant sur le squelette.

On pourra objecter que, dans les cas mêmes où aucune opération osseuse n'est jugée nécessaire, nous ne nous contentons pas de la simple incison à ciel ouvert, nous y joignons le redressement forcé sous le chloroforme. Le fait est parfaitement exact, et c'est probablement parce que certains de nos collègues n'ont pas imité cette pratique qu'ils n'en ont pas obtenu des résultats aussi avantageux que ceux que nous indiquions. Il est encore une dernière objection que l'on peut faire à l'opération, c'est celle qui est tirée de la nécessité d'un traitement consécutif. Sans doute, il est indispensable de faire pendant longtemps du massage, de fortifier par l'emploi de l'électricité et par un traitement orthopédique convenable les muscles atrophiés. Mais je ne vois pas là pour ma part une objection réelle contre la méthode. Déjà nous avons cité dans le cours de ce travail trois malades qui avaient subi antérieurement l'extirpation de l'astragale sans succès et chez lesquels nous avons dû pratiquer l'opération de Phelps; nous pourrions en citer d'autres chez lesquels l'ablation de l'astragale n'avait pas donné de meilleurs résultats et où nous avons dû, pour corriger la difformité, avoir recours au redressement forcé sous le chloroforme. Quoi qu'on fasse en effet, il y a, chez le jeune enfant atteint de pied bot varus équin congénital, une tendance invincible à l'adduction de la pointe du pied, tendance qui se manifeste dès que le pied repose sur le sol. Si l'on ne surveille pas le malade, si, par un traitement consécutif bien dirigé.

dont l'électrisation et le massage sont les agents principaux, on ne lutte pas contre cette tendance à l'adduction, on verra se reproduire la difformité. La méthode de Phelps, pas plus que toutes les autres méthodes de traitement, ne saurait se soustraire à cette impérieuse nécessité, dans la cure du pied bot varus équin congénital (1).

(*Revue d'Orthopédie.*)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Des fractures du nez.

C'est un sujet relativement peu connu que celui qu'aborde **Freytag** dans le *Monatsschrift für Ohrenheilung*. Si les fractures de la cloison et celles des os propres du nez ont été assez souvent étudiées, celles des cornets et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur ont beaucoup moins exercé la sagacité des observateurs.

L'auteur insiste surtout sur ces dernières, car ces os, comme il le montre, peuvent également être lésés dans des traumatismes de différentes natures.

L'apophyse montante du maxillaire supérieur et, par son intermédiaire, les cornets sont surtout fracturés par des coups portés de côté, tandis que les coups atteignant le dos du nez de face frappent plutôt les os du nez et la cloison.

Freytag publie précisément un cas typique de fracture du cornet inférieur par traumatisme. Un jeune garçon de dix ans reçut un coup de poing sur le nez. Quinze jours plus tard, l'auteur vit que la moitié droite du nez était le siège d'un gonflement volumineux.

A ce même niveau, l'apophyse montante du maxillaire supérieur était très sensible à la pression. Les os propres du nez ne présentaient rien d'anormal. Le dos du nez était légèrement déprimé. Enfin un écoulement purulent fétide sortait de la narine droite.

Si d'autre part on introduisait un stylet dans la fosse nasale, on sentait un corps étranger que l'enfant ne tarda pas à cracher, et qui était constitué par le cornet inférieur. On se trouvait donc bien en présence d'une fracture de cet os.

La chute du cornet inférieur fut suivie de la disparition de la tuméfaction extérieure. En même temps la fosse nasale se remplissait de croûtes. Le cornet moyen était saillant et épaissi, la cloison était fortement déviée du côté opposé à la lésion. Le conduit lacrymo-nasal n'était le siège d'aucune lésion. En résumé, l'auteur compare la fosse nasale de cet enfant à celle d'un malade atteint d'ozène, avec cette différence toutefois qu'il n'y avait pas d'odeur.

Cette espèce de traumastismes est fort rare ; mais peut-être un tamponnement approprié eût-il pu empêcher l'élimination du cornet. En tous cas, l'observation est curieuse à connaître et méritait d'être publiée.

Recherches expérimentales sur le tétanos.

Blumenthal (*Zeitschrift für klinische Medicin*, 1896, vol. XXX) vient de se livrer à des expériences fort intéressantes à propos d'un cas de tétanos suraigu, dont il a été témoin. Il s'agissait d'une malade ayant succombé, quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital, à un tétanos puerpéral. On lui avait fait des injections antitétaniques, qui n'ont modifié en rien ni la température, ni les contractures, ni les convulsions.

Après la mort de la malade, Blumenthal vit avec surprise que le sérum de sang venant d'une saignée faite à la malade quelques heures avant sa mort, injecté sous la peau et le péritoine des cobayes, ne provoqua chez eux aucun symptôme tétanique. Il fallait trouver la cause de cette anomalie dans l'action neutralisante du sérum antitétanique injecté à la malade.

Cependant les symptômes tétaniques avaient persisté chez la malade jusqu'à sa mort. On ne pouvait donc se refuser à l'idée de l'existence de la toxine tétanique dans l'économie. C'est ce point que Blumenthal chercha à élucider. Comme le tétanos qui avait emporté cette malade avait été un tétanos à forme nerveuse, Blumenthal eut l'idée de voir si la toxine active ne se trouvait pas dans la moelle épinière. Il put y isoler une certaine quantité de toxine tétanique. L'injection de celle-ci ne tarda pas à provoquer chez les cobayes et les lapins un tétanos mortel, mais sans élévation de la température.

Il faut donc en conclure que si le sérum antitétanique neutralise la toxine tétanique du sang, elle est sans action sur celle de la moelle. Ce fait explique l'échec de la médication antitétanique chez la malade en question.

Un point sur lequel l'auteur attire encore l'attention, c'est que la toxine tétanique qui se forme chez l'homme ne provoque pas chez le cobaye d'élévation de température.

Le travail de Blumenthal renferme en outre une autre observation de tétanos, dans laquelle un malade guéri d'un tétanos subaigu succomba à une pneumonie infectieuse. Contrairement à toutes prévisions, le sang de ce malade, au moment de sa mort, contenait encore de la substance tétanique, puisque les cobayes que l'on injecta avec le sérum de ce sang ont succombé au tétanos.

RUSSIE

De l'immunité au point de vue de la pathologie générale.

Verigo (*Touj. Rous. med. Gaz.*, 1896) a recherché en quoi consistait l'immunité, et quels sont les faits matériels auxquels correspond cette idée. La théorie humorale ou la théorie phagocytaire expliquent aujourd'hui la question. La première attribue un rôle actif aux modifications spéciales subies par les liquides de l'organisme. La seconde veut que les leucocytes à chimiotaxie négative s'habituent à l'action des toxines et acquièrent une chimiotaxie positive. Verigo, de son côté, admet formellement la phagocytose, mais ne l'explique pas de cette façon.

Ses expériences lui ont montré que les animaux supérieurs tout au moins n'ont pas de chimiotaxie négative. Il a vu également que chez les animaux immunisés, les leucocytes prennent une beaucoup plus grande part à la lutte contre les bactéries que chez les animaux non immunisés. L'immunisation résulterait de l'accentuation de la faculté normale des leucocytes de s'accumuler autour des bactéries situées dans les parenchymes et de les faire pénétrer dans l'intérieur de leur protoplasma. Il y a donc là une exagération de la chimiotaxie positive des leucocytes. Il en faut trouver la cause dans leur plus grande sensibilité vis-à-vis des toxines, qui s'exerce graduellement. De la sorte l'immunisation s'explique pour Verigo sans qu'il lui soit nécessaire d'admettre une chimiotaxie négative. Ses expériences du reste ne portent que sur le charbon.

L'exagération de la phagocytose est-elle le seul facteur de l'immunisation ? Evidemment non. Il faut compter aussi avec les toxines sécrétées par les bactéries ; la phagocytose exagérée ne donnera lieu à l'immunisation que si ces toxines sont peu développées dans l'organisme avant la destruction des bactéries par les phagocytes. Tel est le cas du charbon.

D'autre part, il peut se faire aussi que les leucocytes soient capables de détruire les microbes. Dans la tuberculose notamment, ce sont souvent ceux-ci qui ont gain de cause.

(1) Depuis que ce mémoire a été écrit, nous avons fait 5 nouvelles opérations, ce qui porte actuellement à 76 le nombre de nos interventions.

Donc la phagocytose à elle seule ne peut pas toujours suffire à provoquer l'immunisation de l'organisme. Il lui faut dans bien des cas être aidée par le développement d'antitoxines fournies par cet organisme, et capables de lutter contre les toxines souvent rapidement produites par les microbes, comme dans le tétanos et la diphtérie. Enfin il faut encore que les leucocytes soient en état de tuer les bactéries qu'ils enveloppent, faute de quoi la phagocytose aura été inutile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

Discours de M. Terrier.

Messieurs,

Présider le dixième Congrès de Chirurgie français est un grand bonneur, mais, en même temps, une bien lourde charge.

Je ne saurais trop vous remercier, Messieurs, de l'honneur qui m'a été fait, mais il me faut demander toute votre indulgence pour me permettre de remplir la tâche difficile qui m'incombe ici. Cette tâche m'effraye d'autant plus que mes prédécesseurs furent U. Trélat, A. Verneuil, H. Larrey, MM. L. Ollier, F. Guyon, Demons, O. Lannelongue, P. Tillaux, et notre bien-aimé compatriote, M. Eugène Bœckel, de Strasbourg.

De ces maîtres de la chirurgie française, trois ont disparu, mais en laissant après eux une profonde empreinte sur la tournure d'esprit des générations chirurgicales qu'ils ont élevées et qui leur ont succédé; Trélat, par son originalité si séduisante, son assimilation extraordinaire, sa parole brillante et son habileté chirurgicale inimitable; Verneuil, par son érudition profonde, sa vive imagination, sa verve entraînante et son enthousiasme pour tout ce qui se rapportait aux sciences médicales et surtout à la chirurgie; enfin, H. Larrey, par sa rectitude de jugement, sa prudence chirurgicale et l'aménité de son caractère, presque d'un autre siècle. Messieurs, je serais entraîné trop loin si je voulais continuer l'éloge, bien incomplet d'ailleurs, de nos présidents successifs; je craindrais surtout d'être au-dessous de ma tâche et de blesser leur modestie. Mais, je vous le répète, cet examen rétrospectif me fait paraître bien plus lourd et bien plus périlleux l'honneur de présider votre Congrès.

Permettez-moi d'entrer de suite dans le sujet que j'ai choisi; je désire vous entretenir des conditions dans lesquelles nous pouvons et devons nous placer pour faire de la chirurgie, vraiment *scientifique*, celle que nous permettent les méthodes actuelles, et, parmi celles-ci, une méthode que je me suis toujours efforcé de faire pénétrer dans la pratique : l'asepsie.

Ne pensez pas, Messieurs, que, devant une assemblée de chirurgiens, la plupart expérimentés, j'aie la prétention de vous exposer ce qu'est l'asepsie, trop souvent et trop longtemps confondue avec l'antisepsie. Cette méthode est connue de la plupart d'entre vous, sinon même de tous; je n'aurai donc rien ou presque rien à vous apprendre sur son utilisation pratique. Toutefois, je désire insister sur sa doctrine, d'autant que, dans ces dernières années, l'asepsie paraît se substituer peu à peu aux méthodes qui l'on précédée; je veux parler surtout de l'antisepsie.

L'asepsie, Messieurs, a pour moi une qualité qui, je l'espère, ne vous semblera pas discutable; elle est essentiellement d'origine française : on peut dire qu'elle est née dans le laboratoire de notre illustre compatriote Pasteur. C'est là qu'elle a pris une forme concrète; c'est de là qu'elle est passée dans la pratique chirurgicale, d'abord, d'une façon en quelque sorte indirecte, par l'intermédiaire de Lister et de l'antisepsie, puis d'une façon tout à fait directe, dans la chirurgie dite aseptique. Et je puis vous dire que j'ai toujours été encouragé dans mes efforts pour répandre l'asepsie en France, par l'approbation des jeunes maîtres du laboratoire de Pasteur, parmi lesquels je tiens à vous signaler en première ligne le docteur Roux.

La doctrine est simple : stériliser tout ce qui sert à opérer ou à panser les blessés ou les malades. C'est là, vous le voyez, une véritable formule mathématique, et non, comme je l'ai bien souvent répété, un calcul de probabilité, comme il arrive quand on utilise les substances dites antiseptiques.

Malheureusement, en pratique, et vous le savez tous bien, la formule mathématique pure subit des modifications, en ce sens que, considérant une opération comme une équation à résoudre, deux termes d'une grosse importance ne sont pas absolument soumis à notre formule, la stérilisation.

Ces deux termes sont : d'une part, le malade; d'autre part, le chirurgien.

Dans les deux cas, le chirurgien aseptique est obligé d'abandonner la rigueur de sa méthode; il lui doit substituer une manière de faire moins parfaite, mais pratique; à l'asepsie il substitue l'antisepsie.

Vous dire, Messieurs, que les malades ou blessés ne peuvent qu'être antiseptisés, et qu'il en est de même des chirurgiens, n'a rien de bien nouveau pour vous. Mais, combien cette antisepsie est-elle difficile à faire, si l'on tient compte des multiples procédés indiqués par les chirurgiens pour la pratiquer!

Que de manières de se laver les mains! Combien d'antiseptiques n'a-t-on pas conseillé d'utiliser soit seuls, soit successivement, pour antiseptiser la peau des opérés! Parfois, j'ai été étonné de la résistance des téguments traités de si dure façon; il est vrai que nombre de fois aussi j'ai pu constater qu'ils étaient en partie dénudés de leur épiderme, ce qui m'a toujours semblé excessif.

Mais, Messieurs, si je fais ici cette remarque, c'est, non par esprit de critique, mais pour vous bien démontrer que le but à atteindre, la stérilisation des téguments, étant impossible à obtenir, on fait tout ce qu'on peut pour s'en approcher et, quelquefois même, on va trop loin.

Pour mon compte, Messieurs, je pense qu'on peut atteindre assez facilement la moyenne de probabilités sur laquelle on peut compter soit pour antiseptiser le blessé ou le malade, soit pour antiseptiser les mains du chirurgien. Mais, encore faut-il que les téguments qu'on antiseptise soient intacts.

Cela va de soi, me direz-vous, pour les mains du chirurgien, et vous avez entièrement raison; toute lésion de ce côté doit interdire l'action chirurgicale; elle devient presque fatalement dangereuse. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du blessé ou du malade, qui peut présenter une lésion septique intéressant ou non les téguments, avec ou sans retentissement général. C'est ici, Messieurs, que le problème devient complexe et que, par ce fait seul, il mérite d'attirer votre attention, d'autant qu'à mon point de vue et à celui d'autres chirurgiens, il peut être résolu de façons assez diverses.

Beaucoup de chirurgiens, encore imprégnés de la théorie pure de l'antisepsie, préconisent, dans ces cas, et d'une façon presque exclusive, l'emploi des antiseptiques. Cette manière de faire, affirment-ils, leur donne d'excellents résultats, qu'il y ait ou non infection générale en même temps que lésion septique locale.

En d'autres termes, l'antisepsie est indiquée toutes les fois qu'on se trouve en présence de lésions septiques. L'asepsie, au contraire, n'est utilisable que lorsque les lésions à combattre sont non septiques.

Telle était, en effet, la règle de conduite de la plupart, sinon de tous les chirurgiens, au moins de ceux qui, comme moi, poursuivaient l'emploi de l'asepsie avec un certain acharnement, et rencontraient, du reste, du côté des chirurgiens antiseptiques, la même opposition que ceux-ci avaient dû combattre tout d'abord, voire même, pour ne pas dire surtout, en Angleterre, berceau de l'antisepsie.

La question en était là quand, sur l'invitation du directeur

général de l'Assistance publique à Paris, je publiai une lettre sur l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris (1). On accepta, en principe, la division des services de chirurgie en deux parties : l'une d'elles était réservée aux blessés ou malades non infectés ; on y faisait l'asepsie ; l'autre renfermait les blessés ou malades infectés ; ils devaient être traités antiseptiquement.

Sur ces indications, que je croyais toutes théoriques, furent construits à Paris, jusqu'à... *deux services* hospitaliers (2), on pourrait même dire un service et demi, car l'un de ces services n'est ainsi installé que pour les femmes. Il est juste d'ajouter qu'un autre hôpital est bâti d'après ces notions assez simples : c'est l'hôpital Boucicault, dont on attend toujours l'ouverture.

Je vous ai dit, Messieurs, qu'en 1890 je considérais cette division des services hospitaliers comme nouvelle et théorique ; or, je me trompais, et, quelques années plus tard, j'ai retrouvé cette organisation fonctionnant parfaitement bien à Saint-Pétersbourg, dans le service de G. Trachtenberg, à l'hôpital Marie. J'avais le plaisir de rencontrer en Russie la confirmation de mes opinions théoriques ; j'y reviendrai ultérieurement.

Mais, Messieurs, les formules chirurgicales, comme bien d'autres, non des moins prétentieuses, ne durent pas longtemps, ou plutôt se modifient, et ceci tant mieux, car le progrès ne s'obtient qu'à ce prix.

Une évolution nouvelle s'est faite au point de vue théorique, et elle a eu aussitôt son retentissement dans la pratique. Je m'explique.

On en est venu à douter de la valeur réelle des antiseptiques : déjà on contestait absolument leur action sur les spores, et, pour mon compte, je la considérais, toujours m'appuyant sur les recherches de Pasteur, comme entièrement nulle. Or, cette insuffisance entraînait fatalement une efficacité notablement amoindrie de leur action.

De plus, cette action, réellement utile, fut regardée comme très superficielle et ne s'étendant qu'à très peu de distance dans l'épaisseur des tissus infectés. Or, les foyers septiques présentent autour d'eux une zone assez étendue où les éléments anatomiques sont imprégnés soit de microbes, soit de spores.

Qu'en conclure ? C'est que l'action de l'antiseptique est très superficielle et qu'elle modifie bien peu profondément les tissus imprégnés des éléments septiques, alors même que ceux-ci sont des éléments microbiens bien développés et non des spores.

On constata, en outre, que, lorsque les antiseptiques sont assez énergiques pour détruire ou même simplement modifier la vitalité des microbes, ils agissaient aussi sur les tissus sains, et pouvaient même les compromettre d'une façon sérieuse. D'ailleurs, tout le monde sait quel est le peu de résistance d'un certain nombre d'éléments anatomiques et combien de recherches il a fallu faire pour que les liquides salés, des injections dites à tort de sérum artificiel, n'altèrent en rien les éléments anatomiques, c'est-à-dire ne soient pas nuisibles.

Mais les substances dites antiseptiques ont encore d'autres actions, presque toutes nocives : absorbées par les réseaux sanguin ou lymphatique, elles déterminent des intoxications qui, malheureusement, ne sont plus à démontrer, depuis la remarquable thèse d'agrégation de mon ami, le Dr Félix Brun.

Enfin, leur élimination par l'appareil rénal peut déterminer dans les reins des lésions temporaires ou persistantes d'une gravité absolument exceptionnelle. La fréquence si grande des urines noires, au temps de l'antisepsie listérienne, en était une preuve indubitable sur laquelle il nous paraît inutile d'insister plus longtemps.

Trop souvent, alors que nous utilisions la méthode antiseptique pure, nous constations, après les grandes et graves opérations, des accidents généraux se traduisant par des symptômes d'anurie ou de diminution des urines, avec apparition de l'albumine. Ces accidents qui compromettaient, et à bref délai, la vie de nos opérés, étaient dus évidemment à des causes multiples, mais, parmi ces causes, l'intoxication produite par les antiseptiques et les lésions rénales développées sous leur influence tenaient souvent le premier rang.

Que de fois n'avons-nous pas vu rattacher ces accidents au fameux choc opératoire, que l'on écrivait du reste avec l'orthographe anglaise *Shock*, ce qui, je m'empresse d'ajouter, n'augmentait en rien l'intelligence des faits que nous observions.

En somme, Messieurs, vous le voyez, les accidents dus à l'usage et souvent à l'abus des antiseptiques étaient fréquents et étaient dangereux. On s'est donc efforcé de les amoindrir, et pour cela, on a d'abord diminué la dose des substances utilisées, puis, peu à peu, et on peut dire tout naturellement, des chirurgiens, et je suis du nombre, ont été conduits à les abandonner en grande partie et à utiliser presque exclusivement l'asepsie, qui, elle au moins, ne présente aucun danger.

Après ces quelques considérations générales, il est facile de comprendre, qu'au lieu d'avoir deux services, l'un d'antisepsie et l'autre d'asepsie, les chirurgiens aient préféré traiter tous les blessés ou malades par l'asepsie pure, ne conservant l'usage des antiseptiques que pour des cas relativement exceptionnels, et plutôt à titre de désinfectants, qu'à celui d'antiseptiques proprement dits. C'est précisément ce qu'a fait, et déjà depuis quelque temps, le chirurgien russe, dont je vous ai déjà cité le nom, le Dr G. Trachtenberg, de l'hôpital Marie, que j'ai eu le plaisir de recevoir dans mon service de Bichat, il y a à peine un mois. Tout en conservant absolument intacte la division des malades ou blessés en infectés ou non infectés, septiques ou aseptiques, au lieu d'utiliser deux méthodes, comme il le faisait jadis, il n'emploie plus que l'asepsie et très exceptionnellement, l'antisepsie, jadis classique.

Tel est aussi le but que je me suis proposé d'atteindre dans mon service hospitalier depuis quelque temps, bien que dans ce service, comme dans la plupart des services français que j'ai pu visiter, il y ait une promiscuité parfaite entre les malades ou blessés septiques et les malades ou blessés aseptiques. Du reste, je l'ai dit déjà et m'empresse de le répéter ici, la plupart des administrations hospitalières, même celles qui devraient être les plus éclairées, semblent ignorer absolument les notions les plus élémentaires de l'hygiène hospitalière chirurgicale.

Et cependant, il y a déjà longtemps que cette division des services s'impose ; elle est acceptée, au moins à Paris, pour les services d'accouchement ; elle devrait donc exister aussi pour les services de chirurgie ; tous ou presque tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, qui permet d'éviter la moindre contamination, le plus petit accident provenant de la présence d'un malade infecté au milieu d'autres non infectés.

Messieurs, par ce qui précède, je viens de chercher à vous montrer dans quel sens tend à se diriger la chirurgie actuelle ; je me suis efforcé de vous rappeler l'origine scientifique et très française de cette orientation, et j'espère, sinon vous avoir tous convaincus, au moins avoir fait pénétrer dans vos esprits les notions ou mieux les principes scientifiques qui guident un certain nombre d'entre nous, pour entrer résolument dans cette voie d'ailleurs déjà suivie par nombre de chirurgiens : l'asepsie substituée à l'antisepsie listérienne ou autre.

Messieurs, je viens de vous soumettre une doctrine chirurgicale, et, m'appuyant sur les données de science pure, des faits de laboratoire indiscutables ; je vous en ai vanté les résultats pratiques.

Permettez-moi, maintenant, quelques remarques sur l'application de ces données scientifiques, surtout pour vous montrer

(1) *De l'organisation des services de chirurgie dans les hôpitaux de Paris. Progrès Médical*, 1890.

(2) *L'antisepsie et l'asepsie*. Leçon d'ouverture du cours de Médecine opératoire. *Progrès Médical*, 1893.

combien, aujourd'hui même, nous sommes éloignés de l'époque où l'on pourra faire de la chirurgie subordonnée aux méthodes actuelles, méthodes acceptées en principe et en fait par la majorité des chirurgiens français.

Jetons donc ensemble un coup d'œil sur ce que pourrait être l'installation de nos services de chirurgie, quel devrait être leur fonctionnement, quel service pourrait rendre leur personnel.

Et surtout, Messieurs, n'insistons pas ou peu sur ce qu'ils sont actuellement, voire même dans les grandes villes.

Un des membres les plus autorisés du conseil municipal de Paris, M. Paul Strauss, dans un récent article sur le budget et les grands travaux de Paris (1), se charge de vous l'exposer en quelques mots assez topiques : la plupart de nos hôpitaux, dit-il, sont dans un état déplorable, à peine différents de ce qu'ils étaient il y a un demi-siècle. Ce n'est certes pas moi qui contesterai cette assertion, bien au contraire.

Les services de chirurgie devraient être absolument isolés des autres services hospitaliers; c'est chose courante dans bien des pays, c'est exceptionnel en France. Fait étrange, sur lequel j'insiste encore, cet isolement est absolument accepté pour les services d'accouchement, au moins à Paris; l'administration n'hésite pas à faire pour eux des sacrifices extraordinaires, mais elle ne paraît pas se douter que les mêmes sacrifices s'imposent pour les services chirurgicaux, et les chirurgiens qui demandent cette séparation complète sont qualifiés de doctrinaires.

Or, j'ai vu des salles affectées à un service de clinique chirurgicale qui servent de lieu de passage, et cela dans un vieil hôpital. Du reste, Messieurs, étant donné ce que j'ai pu constater récemment et *de visu*, les cliniques chirurgicales de nos facultés ne sont guère mieux partagées que les services qui ressortissent aux diverses administrations hospitalières; peut-être même ces derniers sont-ils mieux installés.

Cette séparation des services chirurgicaux, Messieurs, entraîne fatalement l'isolement des élèves du service, et celui du personnel, comme cela se fait d'ordinaire à l'étranger et dans nos installations nouvelles des services d'accouchement.

Chaque service chirurgical devrait être subdivisé en deux : un service affecté au traitement des blessés ou malades infectés; l'autre service destiné aux malades ou blessés non infectés. Je vous ai déjà dit que cette disposition existait dans deux services de la capitale, mais je crois que ce sont les seuls.

Lorsqu'un malade chirurgical ou un blessé pénètre dans l'hôpital, il devrait être examiné par un assistant autorisé, faisant la garde de chirurgie et indiquant de suite dans quelle catégorie le blessé doit être placé.

J'ai déjà exposé ailleurs (2) l'utilité des *salles d'observation* pour les cas, assez exceptionnels, où cette distinction ne peut être faite de suite.

Quoi qu'il en soit, infecté ou non, le malade ou blessé doit avant son entrée dans les salles être nettoyé, débarrassé de ses vêtements, et si possible baigné, et cela dans un service spécial, et par un personnel non moins spécial, le tout sous la surveillance de l'assistant de garde.

J'ai déjà demandé, et j'y reviens encore ici, que, dans les grands services de chirurgie, dans les cliniques de nos facultés, l'assistant chirurgien de garde soit aidé nuit et jour par un certain nombre d'élèves, de façon que les blessés ou malades entrants puissent recevoir des soins immédiats et efficaces. J'ai insisté sur l'importance de la valeur chirurgicale que doit avoir cet assistant, car il a souvent à prendre de graves déterminations, soit qu'il fasse lui-même les interventions urgentes, soit qu'il doive faire prévenir au plus tôt un chirurgien.

C'est en 1894, Messieurs, que j'ai indiqué, dans ce même amphithéâtre (1), ces nombreux *desiderata*; j'ajouterai que depuis lors, *rien*, ou à peu près, n'a été fait dans ce sens, au moins à Paris. Nos collègues et nos confrères de province sont-ils plus heureux? Nous avons lieu d'en douter.

Et cependant, Messieurs, me rappelant ce que j'avais observé, il y a déjà plus de sept années, dans les villes américaines de l'Est, il me paraissait, et il me paraît encore logique d'établir ces secours immédiats en les combinant avec l'assistance sur la voie publique.

A Paris, je dois le dire, en présence de l'impuissance de notre administration de l'Assistance publique, le conseil municipal de la ville a fait étudier cette question avec soin, et il y a lieu d'espérer que dans peu de temps — ce qui est toujours assez long, d'ailleurs — nous serons sur ce point au niveau des installations des Etats-Unis, installations qui là sont du ressort des administrations hospitalières et datent de fort longtemps déjà. Je n'insiste pas plus longuement sur ce point spécial, mais je tiens à le signaler, d'autant que dans d'autres grandes villes françaises des efforts couronnés de succès ont été faits dans ce sens; je puis vous citer Bordeaux.

Je vous dirai peu de chose, Messieurs, de l'installation des amphithéâtres de chirurgie; vous êtes, pour la plupart, au courant de cette question, et il suffit de lire les recueils de chirurgie pour affirmer que, peu à peu, cette installation se perfectionne et surtout se simplifie, ce qui, pour moi, est une grande qualité.

On peut affirmer, que les récents efforts faits dans ce sens par les chirurgiens français, soit dans des installations hospitalières, soit pour des installations privées, ont été considérables.

Du reste, il est facile de résumer en quelques lignes ce que peut être l'amphithéâtre tel qu'on le comprend aujourd'hui : la salle où l'on opère doit être aussi simple, j'allais dire aussi nue que possible, et il faut y éviter la présence de ces appareils coûteux et complexes, de ces tables plus ou moins machinées, le plus fréquemment inutiles.

C'est à côté de cette salle que doivent être installés tous les appareils utilisés pour la stérilisation de l'eau, des instruments et des pansements; tous les flacons pour contenir les solutions antiseptiques employées pour le lavage des mains et des téguments, enfin les anesthésiques, les solutions titrées de morphine, de caféine, etc.

En un mot, à côté de la salle d'opérations doit être un *véritable laboratoire*, dont l'organisation et la tenue sont des plus complexes et duquel dépend la sûreté dans les résultats opératoires. On ne saurait donc trop le soigner, le surveiller et en confier la direction à un préparateur en qui le chirurgien ait toute confiance.

Jusqu'ici, Messieurs, j'ai dans mes internes en pharmacie trouvé des collaborateurs aussi dévoués que possible; aussi les ai-je toujours défendus (1); mais on conçoit parfaitement que, dans certaines conditions, ils soient remplacés par de véritables préparateurs comme je l'ai vu plusieurs fois, et même que ces préparateurs soient des dames surveillantes.

Faut-il avoir deux amphithéâtres d'opérations? Je répondrai très nettement : oui pour les grands services chirurgicaux : l'un annexé au département des malades ou blessés infectés, l'autre au département des malades ou blessés aseptiques. Lorsque les services ne sont pas considérables, on peut, à la rigueur, n'utiliser qu'un seul amphithéâtre, ce qu'on fait, d'ailleurs, dans nombre de maisons de santé chirurgicales.

Mais, Messieurs, nos services chirurgicaux ont encore besoin d'autres annexes, surtout si vous considérez absolument la chirurgie qui s'y fait comme scientifique. Il leur faut des laboratoires, et des laboratoires bien organisés, bien que cela semble parfaitement inutile à certains membres du corps enseignant, qui l'ont malheureusement soutenu dans une des dernières séances de la Chambre des députés. Nier la valeur des labora-

(1) *Revue politique et littéraire (Revue bleue)*, 12 septembre, p. 324.

(2) *De l'organisation des services de chirurgie*, etc. *Progrès Médical*, 1890.

(1) *Des soins à donner aux blessés des grandes villes.* Leçon d'ouverture du cours de médecine opératoire, 7 novembre 1894.

toires, surtout dans un pays où les laboratoires ont permis à Pasteur des découvertes si extraordinaires et si utiles pour nous, me paraît scientifiquement inexplicable; aussi, je m'empresse de ne pas insister sur ce pénible sujet.

Il faut donc des laboratoires, car le chirurgien a besoin de recherches chimiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques; souvent même, il faut expérimenter sur les animaux à l'instar des physiologistes, car, nombre de questions chirurgicales sont encore à l'étude, et, quoi qu'on puisse penser de nos progrès, il nous reste énormément à faire.

Quand ces nombreuses modifications seront obtenues, quand la plupart d'entre nous seront en possession de moyens d'action perfectionnés, alors, Messieurs, nous pourrons faire, grâce aux notions scientifiques qui nous ont été révélées par notre illustre Pasteur, tout ce qui est possible pour sauver nos malades et guérir nos opérés.

L'opération en elle-même sera, je le répète, la résolution d'une véritable équation dont la plupart des termes nous seront absolument connus. Certes, jamais nous ne posséderons tous ces termes, mais nous irons aussi loin que possible dans cette recherche.

Si j'affecte une sorte d'exposé mathématique dans ces conclusions, c'est que, Messieurs, nous autres chirurgiens, nous sommes trop facilement en butte aux critiques de certaines classes, dites dirigeantes, de notre pays. Il ne semble pas pour elles que le chirurgien soit autre qu'un homme habile à manier le couteau ou ses dérivés; elles ne se doutent pas de la somme de connaissances qu'il est obligé d'acquérir, et cela, à cause de sa spécialisation.

Des faits tout récents nous ont trop montré que le siècle prochain ne verrait pas se modifier cette singulière manière de juger la chirurgie et les chirurgiens; après plus de cent ans, Beaumarchais a toujours raison.

Thérapeutique chirurgicale des pieds bots.

M. E. Forgue (de Montpellier), rapporteur de la question de la thérapeutique chirurgicale des pieds bots, mise à l'ordre du jour du dixième Congrès français de chirurgie, s'est efforcé de particulièrement attirer l'attention sur les points suivants :

Après avoir montré les progrès faits par le traitement chirurgical des pieds bots grâce à la connaissance exacte de l'anatomie de la région et de la pathogénie de l'affection, à l'emploi judicieux des moyens conservateurs et à la précision des règles opératoires, l'orateur insiste sur la nécessité et l'importance d'un traitement précoce. Ne sait-on pas que chez l'enfant tout jeune, les obstacles à la réduction résident surtout dans la rétraction des parties molles? Plus ces résistances seront rompues tôt, plus le chirurgien aura de chances de réussite. Mais les parties molles reviendront à leur état primitif, si l'on ne s'y oppose par une contention prolongée. Du reste, tous les chirurgiens sont aujourd'hui à peu près d'accord sur ce point, et la précocité du traitement, la nécessité d'une contention prolongée ne rencontrent guère d'adversaires.

Les manœuvres de réduction doivent, d'après l'auteur, se baser sur trois considérations : la notion des éléments dont se compose la difformité totale du pied bot, la détermination du siège et du mode des déviations composant cette affection, et la connaissance des différentes résistances. Si ces trois points sont analysés suffisamment, on est à même de se livrer à des manipulations qui constitueront le moyen de correction le plus simple du pied bot. Ces manipulations comprennent deux sortes de manœuvres : le redressement forcé et la pose d'appareils de contention après ce redressement.

Le redressement forcé du pied bot le plus fréquent, du varus équin, doit viser l'équin, c'est-à-dire l'extension forcée de l'articulation tibio-tarsienne et la flexion plantaire dans l'interligne médio-tarsienne, en même temps que le varus, constitué par la flexion oblique en adduction de l'avant-pied, la courbure des bords, l'enroulement de la plante en supination. Par conséquent, le chirurgien devra produire la flexion du pied sur la jambe, la déflexion de l'avant-tarse sur le tarse postérieur, l'abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied, et la pronation plantaire par le redressement du calcanéum. Ces manœuvres se feront avec la main, en prenant soin de les faire se succéder méthodiquement les unes aux autres, et en n'oubliant pas les excellents résultats auxquels aboutit le massage forcé.

Quant à la contention, l'appareil de choix est de beaucoup l'appareil plâtré. Son application est délicate; ce qui semble le mieux, c'est de faire un bandage roulé avec une bande de mousseline plâtrée. Les pièces seront disposées, des orteils au milieu de la cuisse, à plat, sans pli, avec une épaisseur partout égale. Le plâtre sera imperméabilisé avec du vernis à tableaux pour éviter que les tout jeunes enfants encore langés ne ramollissent leur appareil.

Le massage forcé doit souvent s'accompagner de la section sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire. Mais si l'on a à intervenir sur les tendons jambiers et sur les ligaments plantaires, s'ils offrent une résistance qu'il faille sectionner, il vaut mieux les couper à ciel ouvert. Du reste, plusieurs fois, c'est également à ciel ouvert qu'on interviendra sur le tendon d'Achille et l'aponévrose plantaire. La section à ciel ouvert du tendon d'Achille en fait plus sûrement la section totale et surtout supprime les adhérences tibio-calcanéennes et péronéo-calcanéennes qui maintiennent le calcanéum dans une position vicieuse de supination et contribuent ainsi à la permanence du varus.

Le redressement, au lieu d'être manuel, se fait, dans d'autres cas, au moyen d'instruments appropriés. Les différents tarsoclastes employés à cet effet répondent à deux types : ceux qui exercent une triple pression sur les os saillants et déplacés, et ceux qui n'ont qu'un double point d'appui sur la jambe et l'arrière-tarse, qu'ils fixent, et sur l'avant-pied, qu'ils mobilisent au moyen d'un levier. L'emploi de ces tarsoclastes aide à l'action correctrice, mais chez les jeunes enfants, M. Forgue estime que le redressement manuel seul et bien dirigé doit suffire. Plus tard, quand le pied résiste à la main, l'orateur préfère aux tarsoclastes la section à ciel ouvert des résistances fibreuses de la portion interne de la plante et la résection des obstacles osseux.

Un autre mode de redressement consiste dans le port de bottines orthopédiques. Différents appareils de ce genre ont été fabriqués, tous composés d'une pièce podale et d'une pièce jambière. Il faut que le pied y soit étreint d'une façon solide et tolérable. La fixation du talon et de la plante est de première importance.

Phelps proposa en 1884 au Congrès de Copenhague une méthode de traitement qui répond à différentes indications. L'opération de Phelps consiste à faire à ciel ouvert la section des parties molles du bord interne et de la plante qui s'opposent au redressement, et à ne faire des sections que proportionnellement aux obstacles. Cette opération est efficace, lors même que d'autres interventions ont déjà échoué. Toutefois on a vu des cas de récidive et même des échecs.

Les déformations osseuses peuvent cependant être à ce point irréductibles que les moyens orthopédiques ne suffisent plus, même aidés de l'opération de Phelps. C'est alors sur le squelette qu'il faut intervenir. Deux courants se manifestent à ce point de vue parmi les chirurgiens. Les uns sacrifient le moins de squelette possible, les autres ne reculent pas devant de larges excisions. Dans le pied bot équin varus, deux éléments sont à corriger par la tarsectomie. L'ablation de la tête de l'astragale sera complétée par une résection suffisante du calcanéum et un raccourcissement du cuboïde. Le varus sera ainsi corrigé. Quant à l'équin, pour le rectifier, il faudra permettre à l'astragale de réintégrer la mortaise.

Cependant M. Forgue accorde la préférence à l'opération de Gross. Il l'a vue donner des résultats plus satisfaisants. On sait que dans ce cas à l'astragalectomie on joint l'excision d'un coin osseux à base externe sur la partie antérieure du calcanéum.

M. Championnière préconise les larges tarsectomies pour pied bot. M. Forgue adopte sa doctrine et sa pratique. De même il adopte la mobilisation précoce comme la préconise M. Championnière. On aboutit par là à la rapidité de la réparation anatomique, à la restitution fonctionnelle parfaite, à la suppression de tout traitement ultérieur et de tout appareil redresseur.

Du sulfate de soude comme hémostatique.

M. J. Reverdin (de Genève) a employé avec succès le sulfate de soude comme hémostatique dans des hémorrhagies graves. Il l'administre par la voie buccale aux doses de 10 centigrammes toutes les heures. Il a particulièrement réussi contre les hémorrhagies consécutives à l'extirpation des tumeurs bénignes sous-cutanées. En Allemagne, cette médication est très populaire contre l'hémophilie.

M. Reverdin a cherché à établir expérimentalement l'action du sulfate de soude comme hémostatique. Il paraît avoir pour effet de hâter la coagulation du sang, lorsqu'il est administré par ingestion avec la nourriture ou par injection intraveineuse. Par injection sous-cutanée, l'effet n'a pas été le même.

Stercorôme infantile.

M. Demons (de Bordeaux) montre la difficulté que peut offrir le diagnostic de ces pseudo-tumeurs à formation insidieuse dues à la coprostase.

Un enfant de 8 ans n'allait que difficilement à la selle. Il avait, en outre, de l'incontinence des matières. Au bout de quelque temps, l'état général finit par faiblir. La constipation fut de plus en plus opiniâtre, malgré des purgations répétées. L'abdomen était un peu distendu et contenait une tumeur médiane allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Les flancs étaient libres. Cette tumeur se laissait déprimer par la pression, et la dépression ainsi formée persistait. En même temps, le toucher rectal faisait sentir une accumulation de matières fécales dans l'ampoule rectale. On était bien en présence d'une tumeur stercorale.

M. Demons attaqua la tumeur par l'anus avec les doigts. Tous les deux jours, il fit une séance d'un quart d'heure. Au bout de cinq séances, la pseudo-tumeur s'était fragmentée et expulsée.

L'orateur insiste surtout sur la longue durée de la formation de cette tumeur stercorale. Elle avait, en effet, mis dix-huit mois à se former.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre.

Contribution à l'étude de la psittacose.

M. Debove lit un rapport sur un travail de **MM. Gilbert** et **L. Fournier** sur la psittacose. C'est une maladie infectieuse transmise à l'homme par des perruches ou des perroquets. A propos d'une épidémie familiale de psittacose qui éclata à Paris en février 1896, MM. Gilbert et Fournier se sont livrés à des recherches bactériologiques qu'ils ont communiquées à l'Académie.

M. Nocard décrivait, en 1893, un bacille qui se trouvait dans la moelle osseuse d'ailes de perruches. L'épidémie en question ayant frappé cinq personnes dont deux mortellement, MM. Gilbert et Fournier ne retrouvèrent le bacille décrit par M. Nocard ni dans le sang ni dans l'expectoration des deux malades qui avaient péri. Mais ils le virent dans les viscères et la moelle d'un perroquet mort chez le marchand d'où provenaient les perroquets ayant contaminé la famille qui a fourni à MM. Gilbert et Fournier l'occasion de leur travail. De plus, ils retrouvèrent le bacille en question dans le sang du cœur d'une femme morte de psittacose à l'hôpital Andral.

Ce bacille est court, à des extrémités arrondies, est aérobie et anaérobie, très mobile, se développe sur tous les milieux, ne prend pas le Gram, ne liquéfie pas la gélatine. Il est d'une grande virulence, non seulement pour les perruches, mais aussi pour d'autres animaux, comme les souris, les lapins, les pigeons, les cobayes.

Il se rapproche par quelques caractères du bacille d'Eberth, mais il s'en distingue par l'apparence de ses cultures, et aussi par sa virulence extrême vis-à-vis des animaux de laboratoire.

La psittacose est vraisemblablement une maladie microbienne nettement différenciée, fréquente chez les psittacés et se transmettant facilement à l'homme. Chez ce dernier, elle est souvent méconnue ou confondue avec d'autres maladies infectieuses. Il semble utile d'avoir recours à quelques mesures prophylactiques pour enrayer les cas de psittacose qui pourraient se présenter. L'arrivage des perruches demande à être surveillé, et il faut donner des instructions aux oiseleurs et aux personnes possédant des perruches, au cas où celles-ci seraient malades.

De l'alimentation des nourrices.

M. Valin. — L'habitude de donner aux nourrices du vin et de la bière, dans le but de les fortifier, provoque chez les enfants des troubles nerveux, agitation, cauchemars, convulsions. On a même remarqué que ces accidents coïncidaient avec les moments où la nourrice s'adonne à la boisson.

Sans doute, on n'a pas encore démontré le passage de l'alcool dans le lait des nourrices. Mais l'observation des faits montre suffisamment le danger qu'il y a à leur donner un régime considéré comme fortifiant.

Il vaut bien mieux ne leur faire prendre que du lait et de l'eau sucrée aromatisée. On ne leur donnera un peu de vin qu'au moment des repas.

Procédé d'extirpation de certains goitres.

M. Poncet (de Lyon). — Les goitres peuvent être divisés en trois catégories :

I. Les goitres charnus, parenchymateux. On leur applique la thyroïdectomie partielle après ligature préalable des artères thyroïdiennes.

II. Les goitres kystiques et polykystiques. Ce sont des masses hématiques développées au sein du tissu thyroïdien. On traite ces goitres par l'énucléation intra-glandulaire sans ligature préalable des artères thyroïdiennes.

III. Les goitres où les kystes sont si nombreux qu'on ne peut les énucléer et que le parenchyme glandulaire a presque entièrement disparu. Cette dernière forme nécessite une opération nouvelle, l'énucléation massive. La capsule du corps thyroïde tient intimement au parenchyme. On ne peut donc énucléer les tumeurs sous la capsule ; aussi cheminera-t-on dans le tissu conjonctif lâche qui entoure la capsule. On isolera la tumeur sans hémorrhagie et on l'énucléera.

L'orateur cite deux observations où il a eu recours à cette pratique avec de bons résultats. Mais il insiste sur la nécessité d'obvier à l'hémorrhagie veineuse en nappe. Pour cela, au lieu de la ligature, il emploie la suture hémostatique en surjet faite au catgut, avec compression à l'aide de tampons antiseptiques avant l'application du pansement.

De l'actinomycose dans le Gard.

M. Reboul (de Nîmes) a réuni dix cas d'actinomycose dans le Gard, dont cinq chez l'homme et cinq chez les animaux. Chez l'homme, il a trouvé un cas d'actinomycose pulmonaire, un cas d'actinomycose cervicale et généralisée, deux cas d'actinomycose thoracique, et un cas d'actinomycose cervico-faciale. Chez les animaux, l'actinomycose siégeait toujours aux maxillaires.

Au point de vue étiologique, l'auteur signale le cas d'un malade qui avait l'habitude de mâchonner des brins d'herbe et de paille. Il signale aussi celui d'un autre malade qui passait son temps dans une ferme où deux bœufs sont sans doute morts d'actinomycose.

De l'hydronéphrose et de son traitement par l'urétéropyélonéostomie.

M. Bazy indique la technique d'une opération qui consiste à pratiquer un nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet et qu'il a eu l'occasion de faire chez un homme de quarante ans atteint d'une hydronéphrose volumineuse. Les suites de l'opération furent simples, et l'abouchement fonctionna normalement. Le résultat paraît, d'ailleurs, devoir se maintenir.

M. Queyrel publie *la statistique de l'épidémie de variole de Marseille*, et expose *les mesures prophylactiques* prises par la municipalité.

M. Laveran lit un rapport de **MM. Vincent** et **Burot** sur *les altitudes dans les pays paludéens de la zone torride.*

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 26 AU 31 OCTOBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 octobre, à 1 heure. — 1er : MM. Blanchard, Weiss, Chassevant. — 2e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Tuffier, Retterer. — 2e (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher, André. — 3e (2e partie) : MM. Landouzy, Chauffard, Gilles de la Tourette.

Mardi 27 octobre, à 1 heure. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, André. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Thiéry. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Gilbert. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Panas, Pozzi, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Le Dentu, Berger, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Dieulafoy, Ménétrier, Achard.

Mercredi 28 octobre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Peyrot, Ricard. — 1er : MM. Gautier, Weiss, Heim. — 2e (2e partie) : MM. Pouchet, Retterer, Wurtz.

Jeudi 29 octobre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Guyon, Pozzi, Alharran. — 2e (2e partie) : MM. Pouchet, Gley, Roger. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Marie, Achard.

Vendredi 30 octobre, à 1 heure. — 1er : MM. Gariel, Blanchard, Chassevant. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Delbet, Sebileau. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Gaucher, Gilles de la Tourette. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Lejars, Varnier.

Samedi 31 octobre, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Farabeuf, Poirier, Thierry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Cornil, Ménétrier, Roger. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Joffroy, Gilbert, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maigrier, Bar.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 28 octobre, à 1 heure. — *M. Cahuzac* : Du thrill dans l'insuffisance aortique (MM. Potain, Straus, Letulle, Roger). — *M. Boutroue* : Traitement des arthrites tuberculeuses (méthode de Bier) (MM. Straus, Potain, Letulle, Roger). — *M. Aoustin* : Quelques considérations sur le mécanisme et la valeur séméiologique de la pectoriloquie aphone (MM. Straus, Potain, Letulle, Roger). — *M. Couturier* : Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'obstruction calculeuse du cholédoque (MM. Straus, Potain, Letulle, Roger). — *M. Lochelongue* : Des injections massives d'eau salée dans les affections médicales et les intoxications (MM. Fournier, Pinard, Chauffard, Widal). — *M. Merger* : Etude critique sur la syphilis conceptionnelle (MM. Pinard, Fournier, Chauffard, Widal). — *M. Logrel* : Hystéroscopie; son instrumentation; son manuel opératoire; ses résultats acquis (MM. Gariel, Tillaux, Delbet, Broca). — *M. Humeau* : De l'arthrite cervicale d'origine rhumatismale (MM. Tillaux, Gariel, Delbet, Broca). — *M. Champion* : Traitement palliatif du cancer utérin inopérable (MM. Tillaux, Gariel, Delbet, Broca).

Jeudi 29 octobre, à 1 heure. — *M. Meunier* : Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil bronchopulmonaire (MM. Bouchard, Mathias-Duval, Marfan, Bar). — *M. Hurtaud* : Des règles supplémentaires et déviées (MM. Mathias Duval, Bouchard, Marfan, Bar). — *M. Gouin* : Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique et des prodromes de la variole (MM. Cornil, Debove, Chantemesse, Charrin). — *M. Maignant* : Des chlorures et des hypochlorures (MM. Debove, Cornil, Chantemesse, Charrin). — *M. Bodin* : Essai sur les paralysies ascendantes aiguës; étude clinique et anatomique (MM. Debove, Cornil, Chantemesse, Charrin). — *M. Lihou* : Prophylaxie de la rougeole à l'hôpital; la rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895 (MM. Proust, Dieulafoy, Thoinot, Wurtz). — *M. Abarnou* : Essai sur le traitement du croup à la campagne par l'intubation (MM. Dieulafoy, Proust, Thoinot, Wurtz). — *M. Poulet* : De l'ophtalmoplégie sensitivo-motrice avec atrophie optique par syphilis acquise (MM. Panas, Le Dentu, Gilbert, Hartmann). — *M. Plancke* : Des complications rapidement mortelles au cours des affections auriculaires (MM. Le Dentu, Panas, Gilbert, Hartmann). — *M. Coronat* : La désarticulation coxo-fémorale (MM. Berger, Nélaton, Netter, Thiéry). — *M. Granboulan* : De la résection à froid de l'appendice iléo-cæcal; difficultés et accidents (MM. Berger, Nélaton, Netter, Thiéry). — *M. Ehrmann* : Contribution à l'étude de la suture des nerfs à distance (MM. Berger, Nélaton, Netter, Thiéry). — *M. Subercaze* : Contribution à l'étude du traitement des fractures anciennes de la rotule (MM. Berger, Nélaton, Netter, Thiéry).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Le jury définitif est composé de MM. Brocq, Guyot, Achard, Merklen, Lejars, Guinard, L. Labbé, Berger, Varnier, Lucas-Championnière.

Ce concours s'est ouvert lundi 19 octobre. Voici le sujet de la composition écrite : *Origine et tronc de la veine porte. — Perforations intestinales.*

Le nombre des candidats ayant remis leur copie s'élève à 311.

Conformément au règlement, le jury s'est divisé en deux sections pour entendre la lecture des copies.

Section d'anatomie : MM. Guyot, Brocq, Berger, Lejars, Lucas-Championnière.

Section de pathologie : MM. Merklen, Achard, L. Labbé, Guinard, Varnier.

Concours de l'externat.

L'ouverture du concours de l'externat a eu lieu mardi dernier. Les premières séances sont exclusivement réservées aux candidats militaires.

Conformément au règlement, le jury s'est dédoublé en deux sections chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie et l'autre l'épreuve de pathologie.

Section d'anatomie : MM. de Gennes, Jacquet, Rieffel, Villemin.
Section de pathologie : MM. Lesage, Courtois-Suffit, Arou, Potocki.

Anatomie : MM. Weill, 13; Raoult, 15; Roland, 14; Parrot, 8; Voix, 7; Renon, 19; Vialle, 14 1/2; Tesseire, 14; Tillaye, 18 1/2; Monraisse. 16 1/2; Fernand Michel, 14; Trenaunay, 17; Valatx, 7.

Concours des prix de l'internat (médaille d'or).

Section de médecine : MM. Hirtz, Gilles de la Tourette, Fernet Gingeot, Tuffier.

Section de chirurgie : MM. Bazy, Quénu, Th. Anger, Empis, Polaillon.

Ce jury est définitif, sauf en ce qui concerne MM. Tuffier et Th. Anger, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* Dr **Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude sur les abcès dysentériques du foie.

Par M. le Dr Hassler, médecin-major de 1re classe, répétiteur de chirurgie à l'Ecole du Service de Santé.

Et M. le Dr Boisson, médecin-major de 2e classe, répétiteur de médecine à l'Ecole du Service de Santé.

Ce travail repose sur l'observation d'un certain nombre de grands abcès dysentériques du foie : il n'a pas pour but l'étude de l'étiologie et de l'anatomie pathologique de cette variété de l'hépatite suppurée; cette partie de la nosographie des abcès du foie a été l'objet de nombreux travaux de médecins anglais de l'Inde ainsi que des médecins français de l'armée d'Afrique et des colonies. La preuve de leurs étroites relations avec la dysenterie a été définitivement établie par les belles études des professeurs Kelsch et Kiener; leur anatomie pathologique, magistralement exposée par ces savants, a confirmé l'analogie complète du processus de destruction du tissu hépatique avec celui de l'eschare dysentérique du gros intestin.

Nous nous proposons, dans ce mémoire, d'apporter une contribution à leur histoire clinique, à leur pathogénie et à leur traitement.

I

La symptomatologie des abcès dysentériques du foie est encore tellement entourée d'incertitude que, même dans les pays à endémie dysentérique, leur diagnostic ne repose souvent que sur des probabilités, et n'est dans nos climats tempérés qu'un diagnostic d'exception. Les manifestations cliniques signalées comme étant les plus fréquentes et les plus suggestives sont : le point de côté hépatique ; l'irradiation sympathique vers l'épaule droite; l'attitude spéciale des malades dans le décubitus; la tuméfaction du foie; l'ampliation générale de la région avec élargissement des espaces intercostaux; l'œdème de la paroi; le bruit du froissement péribépatique; la fluctuation : le retentissement à distance sur les appareils digestif, respiratoire, urinaire. Enfin, des phénomènes généraux consistant dans des manifestations fébriles et *très rarement*, selon nous, de l'ictère.

Il n'est pas un de ces symptômes qui ne puisse faire défaut. Ils ont été l'objet d'études et d'analyses détaillées dans des monographies antérieures, dont quelques-unes sont devenues classiques.

Nous nous proposons de mettre en relief deux éléments de diagnostic qui nous semblent avoir une importance de premier ordre : l'un d'eux n'a pas encore été signalé, l'autre nous paraît avoir reçu une interprétation inexacte ; ils sont fournis l'un par la percussion, l'autre par l'auscultation de la région hépatique ; ils permettent à eux seuls d'affirmer l'existence d'une collection purulente dans la profondeur du parenchyme glandulaire. Leur signification nous paraît d'autant plus précise qu'ils sont indépendants de la topographie de l'abcès; ils traduisent objectivement l'état de souffrance, générale et diffuse, de l'organe tout entier; enfin, au cours de l'acte opératoire nécessité par l'ouverture du foyer, nous avons pu nous renseigner sur le mécanisme de production.

Chez tous les malades que nous avons vus, soit au Tonkin, soit à Lyon, l'un à la clinique de M. le professeur Poncet, l'autre dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe (*Lyon médical*, juillet 1896), qui avaient bien voulu nous faire examiner leur malade, comme dans l'observation que nous relaterons en détail parce qu'elle réalise le type le plus fréquent de ces abcès colossaux du foie consécutifs aux dysenteries coloniales, nous avons nettement constaté, à l'examen de la région hépatique, une sensation de *ballottement profond* et de *rénitence pathognomoniques*, une *dureté élastique* tout à fait spéciale, comparable à celle que donnerait à la palpation et à la percussion un ballon de caoutchouc à *parois épaisses* et *fortement distendu*. Ce *signe du ballottement* est tellement précis que dans ces trois cas nous avons pu, en présence de l'hésitation des divers médecins traitants, non seulement affirmer le diagnostic d'abcès du foie, mais celui de grand abcès.

Nous verrons, d'ailleurs, que ce signe du ballottement n'indique pas que la paroi de l'abcès soit mince, ni élastique; dans l'observation qui suit elle atteignait une épaisseur considérable et était d'une rigidité et d'une dureté ligneuses.

Le deuxième signe caractéristique est fourni par l'aus-

cultation qui, sur le même territoire, révèle un *bruit de froissement*, de *fine crépitation*, analogue à celui que donne la pression sur la neige gelée, coïncidant avec les deux temps de la respiration, mais surtout avec l'inspiration. Ce dernier signe, déjà mentionné par Sachs, par Little, par Manson, a été dans notre pays étudié par E. Bertrand, qui lui attribue une haute signification.

Cet auteur le définit dans les termes suivants :

« C'est un bruit de cuir neuf qu'on perçoit à la palpation et surtout à l'auscultation de l'hypochondre; son siège semble en indiquer l'origine péritonéale; on peut aussi le constater en arrière et, dans ce cas, il aurait une origine pleurale consécutive. Avant tout, l'inflammation circonscrite et adhésive du péritoine est la raison première du frottement dans tous les cas; comme la périhépatite est une lésion secondaire, il est évident que l'apparition de son phénomène révélateur permettra d'affirmer l'abcès. »

Or ce n'est pas, ainsi que le croyait Bertrand, dans l'inflammation des séreuses voisines, péritoine ou plèvre, que prend naissance ce bruit de froissement, c'est dans le tissu hépatique lui-même.

Pendant les interventions chirurgicales, nous avons eu devant les yeux et sous le doigt la région de face convexe du foie répondant à celle que nous avions examinée par la percussion et l'auscultation avant l'ouverture de la cavité abdominale; nous n'y avons trouvé *aucune trace de péritonite* pariétale ou viscérale. Absence complète de périhépatite, transparence et état lisse parfait de la capsule de Glisson, coloration rouge vineuse : tel est l'état dans lequel se présente la surface du foie. Par contre, l'index aseptique palpant directement la glande très hypertrophiée, tout en ne percevant souvent aucune fluctuation, comme M. Gangolphe l'a si bien observé avec nous, déprimait la substance hépatique en y creusant des godets absolument comparables à ceux de l'œdème du tissu cellulaire souscutané.

Cet *œdème du foie*, signe pathognomonique de l'abcès, est d'autant plus prononcé qu'on se rapproche de la région occupée par l'abcès qui, répétons-le, ne présente qu'exceptionnellement les signes classiques de la fluctuation.

Cet état du parenchyme glandulaire explique non seulement les résultats si caractéristiques de la percussion, mais encore cette sensation de froissement de cuir neuf perçu à l'auscultation. Ce dernier phénomène ne peut en aucune façon être rapporté aux frottements des feuillets péritonéaux, puisque la séreuse avait conservé son aspect lisse, sans trace d'exsudat ou de néo-membrane. Il doit être attribué au froissement, au tassement par la pression du diaphragme, du parenchyme lui-même privé de sa consistance normale. Il est assimilable à ce que l'on décrit, dans l'auscultation de la rate hypertrophiée et soumise à la pression du stéthoscope, sous le nom de *cri de l'étain*.

Observation.

Le nommé V..., soldat au 4e régiment d'infanterie de marine, âgé de vingt-deux ans, entre à l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon, le 4 mai 1896.

Ses antécédents héréditaires sont excellents; personnellement il accuse une variole discrète à l'âge de quatre ans et un chancre génital non infectant, traité à l'hôpital de l'Antiquaille, en 1892.

Engagé volontaire en décembre 1893, V... part pour Madagascar en mai 1894. Jusqu'au mois de mars 1895 sa santé se maintient bonne; à cette date il présente les premières atteintes de l'infection paludéenne, sous la forme d'accès d'abord quotidiens, puis irrégulièrement intermittents.

Le 1er juillet 1895, il est rapatrié sur Toulon. Pendant la traversée, le 11 juillet, dans la mer Rouge, il est atteint de dysenterie aiguë grave à forme ulcéreuse; entre temps il présente des accès de fièvre intermittente.

Hospitalisé à Saint-Mandrier du 25 juillet au 25 août 1895, il sort guéri, en apparence, de sa dysenterie et vient dans sa famille, à Lyon, jouir d'un congé de convalescence de six mois.

Pendant cette période V... commet des écarts de régime et quelques excès alcooliques, dont la conséquence est une rechute de dysenterie qui, dès le mois de décembre 1895, prend nettement l'allure de la chronicité. Le 30 janvier 1896, à la suite de nouvelles imprudences, le malade ressent une douleur passagère dans l'hypochondre droit. Le 15 mars 1896, en même temps que se produisaient des manifestations de dysenterie, la douleur hépatique l'oblige à s'aliter et s'installe d'une façon permanente.

A son entrée à l'hôpital Desgenettes, nous le trouvons dans l'état suivant : facies pâle et amaigri, de teinte terreuse; absence de fièvre mais hypoglobulie importante : 2,883,000 hématies au millimètre carré; richesse en hémoglobine = 8; hypermégalie splénique atteignant cinq centimètres au-dessous du rebord costal et donnant à l'organe 17 centimètres de long sur 12 de large.

Le foie est énorme; son bord convexe touche la cinquième côte — le bord tranchant est perceptible par le procédé du pouce à trois travers de doigt au-dessous du bord costal; on ne perçoit ni inégalité, ni voussure localisée, mais une légère ampliation de l'hypochondre droit. Le lobe gauche, également hypertrophié, confond sa matité avec celle de la rate. V... accuse une sensation douloureuse de pesanteur vague et diffuse dans toute la région.

Il n'existe pas d'ascite, ni de circulation veineuse sous-cutanée supplémentaire. Il n'y a pas d'ictère. Les urines contiennent de l'urobiline.

L'appétit est diminué, avec dégoût pour les viandes et les corps gras; pas de vomissement. Au moment de l'entrée, selles normales comme consistance et comme coloration. Le malade est depuis longtemps affecté d'hémorroïdes, dont l'une, procidente, est du volume d'une petite amande.

Aucun signe morbide n'est trouvé à l'examen des appareils respiratoire, circulatoire et nerveux.

L'urine des 24 heures atteint 1,300 centimètres cubes, avec 14 gr. 8, d'urée, 1 gramme de phosphates; absence de pigments biliaires, urobiline.

La température oscille entre 36°,6 et 37°,6 dans l'aisselle.

Le diagnostic porté est : paludisme chronique, voisin de la cachexie, avec hépatite parenchymateuse.

Le traitement consiste en repos absolu — régime lacté, préparations de quinquina avec arséniate de soude — eau de Vichy — antisepsie intestinale — calomel à dose purgative donné de temps à autre, et révulsion sur la région hépatique.

Dans les trois semaines suivantes, l'amélioration provoquée par cette thérapeutique semble confirmer le diagnostic d'hépatite paludéenne; le foie ne mesure plus que 16 centimètres dans la ligne mamelonnaire, contre 22 à l'entrée; l'appétit s'est amélioré.

Le 26 mai 1896, le malade accuse de la diarrhée bilieuse. — On ne trouve pas aux selles le caractère dysentérique, mais les jours suivants le point de côté hépatique, qui s'était atténué, reparaît avec une intensité croissante. Absence complète de scapulalgie; la température oscille entre 36°,9 et 37°,9. Le 10 juin, la douleur hépatique devient très pénible, angoissante, le malade a souvent dans la journée des sueurs abondantes, le visage pâlit exprimant la souffrance.

Absence complète d'élévation fébrile de la température, mais fréquence inusitée du pouls, qui oscille entre 110 et 120 pulsations à la minute.

Le 16 juin 1896, la température s'élève à 38°,4, le foie mesure de nouveau 20 centimètres dans la ligne mamelonnaire, formant voussure générale dans tout l'étage supérieur de l'abdomen, — le réseau veineux sous-cutané devient plus apparent, — absence d'œdème pariétal et de fluctuation au niveau de l'hypochondre droit. A la palpation on perçoit une *sensation de froissement* analogue à celle du cuir neuf; l'oreille appliquée sur la région *entend une véritable crépitation* limitée aux régions antérieures de la matité hépatique, et plus marquée au moment de l'inspiration. La percussion et la palpation bimanuelle donnent, au niveau de la zone de matité hépatique, particulièrement au point où l'ampliation de l'hypochondre est la plus accusée, *cette sensation indéfinissable de ballottement profond, de rénitence et d'élasticité* que nous avons comparée à celle d'un ballon de caoutchouc surdistendu.

En présence de la netteté de ces deux signes, nous portons le diagnostic ferme d'abcès volumineux du foie et nous proposons l'intervention qui est acceptée et pratiquée le 20 juin 1896.

Opération. — Antisepsie minutieuse de la région.

Anesthésie à l'éther donné d'une façon lentement progressive mais absolument continue. La résolution complète est obtenue en cinq minutes et sans période d'agitation.

Incision couche par couche de la paroi abdominale sur le bord externe du muscle grand droit, longue de 12 centimètres et tombant verticalement du rebord costal.

Forcipressures multiples assurant une hémostase absolue avant l'ouverture du péritoine, qui est saisi par des pinces en T.

Le foie, considérablement hypertrophié, descend à 10 centimètres au-dessous du rebord costal; il est d'une coloration vineuse uniforme. Le feuillet pariétal du péritoine est normal, il n'y a trace, ni de liquide, ni d'exsudats dans l'abdomen. La vésicule biliaire est très petite et presque vide. Le doigt aseptique détermine, sur une surface circulaire assez étendue, les godets caractéristiques de l'œdème du foie.

Le diagnostic d'abcès est confirmé; il faut maintenant déterminer son siège.

La cavité abdominale est bourrée à gauche et en bas, tout autour du bord libre de la glande, avec une demi-douzaine de compresses de gaze stérilisées, chaudes et fixées toutes par des pinces confiées à un aide. Le foie est ainsi exterritorialisé, et rien de ce qu'il contient ne pourra tomber dans la grande séreuse abdominale.

La plus grosse aiguille de l'aspirateur de Potain, portant le vide avec elle, est d'abord enfoncée lentement à la limite supérieure de l'œdème; elle pénètre doucement, ne rencontrant aucune résistance, jusqu'à 7 centimètres environ.

Elle est retirée; la petite plaie saigne très peu.

Elle est enfoncée deux centimètres plus bas au centre du cercle œdématié; elle pénètre doucement, se dirigeant légèrement en haut et en arrière sans rencontrer d'obstacle, jusqu'à sept centimètres. A ce point elle est arrêtée par une résistance que nous n'osons pas forcer.

Nous retirons *un peu* l'aiguille et nous en dirigeons la pointe à deux centimètres plus à gauche, nous retombons sur la même résistance. Nous retirons encore *un peu* l'aiguille et, cette fois, nous la dirigeons à deux centimètres en dehors du premier point. Nous tombons encore sur un point résistant.

Comme il n'existe ni artère hépatique, ni veine porte, ni veine cave inférieure mesurant six centimètres de largeur, nous sommes certains de n'avoir pas perforé la glande et de ne pas être sur un de ces vaisseaux; nous sommes sûrement sur la paroi ligneuse de l'abcès. La pointe, qui est à sept centimètres, s'enfonce lentement grâce à une poussée énergique et continue, et tout à coup devient libre. A ce moment le pus fait irruption dans le récipient de l'appareil de Potain et met fin à ce temps de l'opération toujours plein d'angoisses.

Nous évacuons ainsi un demi-litre environ de pus, mais bientôt la canule se bouche.

Après avoir fait incliner l'opéré sur le côté droit, nous enfonçons sur la tige creuse, qui nous sert de conducteur, le dilatateur de Tripier : nous en écartons peu à peu les branches. Un flot de pus, s'accentuant à chaque mouvement d'inspiration, sort par la brèche. Nous nous empressons d'y faire passer un gros drain fenêtré de 2 centimètres de largeur, qui plonge dans l'abcès et qui conduit le pus directement hors de la cavité abdominale, et nous fixons solidement le foie à la lèvre interne de l'incision pariétale par un double fil de gros crin de Florence. Deux bassins réniformes sont successivement remplis, la quantité de pus extraite atteint 1,800 grammes.

Cela fait, le tube est momentanément retiré, l'index plonge dans cette cavité, reconnaît la dureté ligneuse de la coque, son épaisseur qui atteint près d'un centimètre, les nodosités extrêmement dures qui sont disséminées sur sa face concave, mais ne peut arriver à sentir la paroi opposée.

La spatule mousse pénètre à 14 centimètres et ne rencontre pas de cloison. Un grand lavage à l'eau boriquée tiède est fait, grâce au gros drain qui a été replacé; il favorise l'issue d'exsudats volumineux qui n'eussent jamais pu sortir par un trocart quelconque.

Quand le liquide commence à ressortir clair, le gros drain est fixé à la peau par un crin de Florence; les compresses stérilisées sont retirées et remplacées par une longue lanière de gaze iodoformée à 10 0/0 et la suture à triple étage de la paroi abdominale est faite et arrêtée à un centimètre au-dessous du drain. La plaie et le drain sont recouverts de gaze imbibée de vaseline de Reclus, puis d'un épais matelas d'ouate de tourbe, lui-même comprimé légèrement par une couche d'ouate ordinaire et un large bandage de corps.

L'anesthésie et l'opération ont duré en tout 30 minutes; le malade est reporté dans son lit préalablement chauffé et ne tarde pas à se réveiller tranquillement.

Le soir de l'opération, le malade accuse une grande sensation de bien-être, les douleurs hépatiques ont complètement cessé; le pouls, très dépressible, reste cependant à 130, la température à 36°,6.

Le 21 juin et les jours suivants jusqu'au 26, l'état général du malade ne subit pas de modification appréciable; cependant, la diarrhée a diminué, le sommeil est revenu; le pouls se maintient aux environs de 120, apyrexie complète.

Le fil fixateur du foie est enlevé ainsi que le tamponnement à la gaze iodoformée.

Le pansement est renouvelé chaque jour, en raison de l'abondance de l'écoulement.

Le 30 juin, le malade n'a plus de diarrhée, le pus diminue de quantité d'une façon appréciable, mais on y remarque de la bile, dont la proportion va en augmentant les jours suivants.

Le drain est remplacé par un drain plus court et de un centimètre de diamètre.

Le 5 juillet, l'évolution favorable se prononce de plus en plus, l'appétit est bon, la diarrhée a complètement disparu, le pouls se maintient à une fréquence élevée malgré l'apyrexie.

L'urine élimine 27 grammes d'urée et 3 grammes de phosphates par 24 heures sans trace d'albumine ni de pigments biliaires.

La 11 juillet, le malade se lève pour la première fois, l'écoulement de bile dans le pansement reste stationnaire; la proportion de pus continue à décroître.

Le 21 juillet, par suite de la diminution de volume du foie, de la disparition de son mouvement de bascule en avant et du retrait des parois de l'abcès, la cavité s'est déplacée en haut et le drain est très obliquement dirigé de bas en haut et de dedans en dehors, vers la profondeur de l'hypochondre droit. On propose au malade de procéder à une contre-ouverture, dans une position plus favorable à l'évacuation spontanée et destinée à empêcher le contact du drain avec la face postérieure des côtes, où il pourrait, par sa présence, causer les accidents d'ostéite signalés en pareil cas par le professeur Chauvel.

Le 23 juillet, après insensibilisation à la cocaïne, une incision de cinq centimètres est effectuée dans le 10e espace intercostal, au niveau de la ligne axillaire, à 15 centimètres en dehors de l'incision primitive. Guidée par le doigt introduit à la place du drain primitif, la sonde cannelée tombe facilement dans la cavité ; élargissement du trajet avec le dilatateur de Tripier et introduction facile d'un drain de 6 millimètres. Pansement à plat de la fistule antérieure.

A partir du 28 juillet 1896, réfection du pansement tous les quatre jours ; la bile a disparu depuis le 24 juillet ; le court drain ne donne plus issue qu'à quelques grammes de pus de bonne nature.

Depuis le 15 juillet, le malade a pu être descendu au jardin ; son état général et local est excellent.

La guérison définitive est prochaine et notre opéré ne va pas tarder à rentrer dans ses foyers.

10 août 1896. — Le court drain est remplacé par un crayon d'iodoforme ; la guérison s'est confirmée. Le malade, qui passe sa journée à se promener dans la salle ou dans le jardin de l'hôpital, a retrouvé son appétit et sa gaîté ; il reprend son embonpoint. Il est à remarquer que son pouls oscille toujours entre 108 et 112 ; cette fréquence inusitée du pouls serait congénitale, au dire du nommé V... lui-même.

En résumé, le nommé V... a été atteint d'hépatite suppurée subaiguë d'origine dysentérique. L'abcès a évolué avec une certaine lenteur, son siège était dans la partie la plus profonde du lobe droit, dans la région postéro-inférieur de la glande, où il est souvent si difficile de le diagnostiquer et de l'atteindre.

Dans la période de début, le diagnostic a été hésitant, non pas tant à cause de la situation profonde et cachée de la collection purulente, qu'en raison de la possibilité de l'hépatite paludéenne. Cette cause d'erreur et d'hésitation a été signalée par MM. Kelsch et Kiener dans les termes suivants qui méritent d'être rapportés : « On ne saurait méconnaître qu'entre l'hépatite dysentérique et l'hépatite paludéenne il y a de très grandes analogies symptomatiques qui ont pu, à bon droit, en imposer aux observateurs et leur donner le change sur la signification des faits. De part et d'autre, on constate la tuméfaction rapide du foie, la douleur sourde, profonde, cruelle, paroxystique au flanc droit.

» Ce n'est pas assurément une tâche toujours facile que de distinguer au premier abord entre les tuméfactions congestives paludéennes et dysentériques du foie. »

Nous sommes arrivés au diagnostic grâce aux signes que nous ont fournis la percussion et l'auscultation ; signes qui méritent de prendre le premier rang dans la symptomatologie de l'hépatite suppurée dysentérique.

Ils lui appartiennent bien en propre ; ils sont étrangers au cortège symptomatique de l'hépatite paludéenne.

L'un de nous a observé dans son service plus de cent paludéens gravement atteints rapatriés de Madagascar en 1895.

Beaucoup d'entre eux étaient porteurs de foie énorme ; sur aucun d'eux n'ont été constatés les deux signes sur l'importance desquels nous appelons l'attention.

II

Jusqu'ici, les recherches des agents parasitaires de la dysenterie et des abcès dysentériques du foie n'ont donné que des résultats contradictoires : tantôt le pus évacué est absolument stérile ; tantôt on y décèle la présence d'espèces vulgaires nullement spécifiques, par exemple les staphylocoques, qui ont été le plus souvent rencontrés.

Dans d'autres circonstances, on y a découvert des amibes. M. le professeur Laveran n'a pas rencontré ces protozoaires dans les cas qu'il a étudiés, ce qui prouve qu'ils n'existent pas toujours.

Nous avons recueilli du pus provenant de notre malade dans des conditions d'asepsie parfaites : sur deux tubes de bouillon peptonisé ensemencés, un seul a été fertile ; il contenait le *staphylococcus albus*. Ce microorganisme avait perdu toute sa virulence, l'inoculation aux animaux ne déterminait pas la formation d'abcès.

Dans les préparations de pus en nature examinées au microscope, immédiatement après l'opération, nous avons observé de nombreux leucocytes altérés, quelques globules rouges peu modifiés, de grandes cellules nucléées à protoplasma granuleux, paraissant être des cellules hépatiques en voie de dégénérescence, de nombreux amas de granulations fines provenant de désintégrations cellulaires diverses, enfin des *amibes*. Ces gros éléments, trois à quatre fois plus volumineux que les globules blancs, de coloration jaune pâle comme les hématies, contenaient un noyau volumineux et des nucléoles. Nous avons vu, ainsi que plusieurs de nos collègues et de nos élèves, ces éléments changer de forme, se déplacer dans le champ de la préparation et pousser des prolongements pendant les premières heures qui suivirent l'évacuation du pus. Le lendemain, sur la platine chauffante on n'observait plus de mouvements de déplacement, mais seulement des changements de forme sur place, s'effectuant avec lenteur.

Le troisième jour l'immobilité était complète.

Nos tentatives pour colorer ces éléments par la méthode de Gram, signalée comme leur étant applicable, sont restées infructueuses. Nos essais de culture dans le bouillon simple peptonisé, dans les infusions de paille et de foin stérilisées n'ont rien donné de positif.

Nous avons été plus heureux dans nos expériences sur les animaux ; un chien de taille moyenne, bien portant, a reçu chaque jour pendant une semaine, dans son alimentation, 5 centimètres cubes environ de pus recueilli dans un flacon stérilisé, que nous avons pu mettre à l'abri de toute altération jusqu'au neuvième jour. La première dose a été ingérée le 20 juin, la dernière le 28. Jusqu'au 19 juillet l'animal ne présente aucun trouble de la santé ; il a des selles muco-sanglantes, offrant tous les caractères des selles dysentériques de l'homme. Elles sont très fréquentes et peu abondantes. Nos recherches n'ont pu y déceler la présence d'amibes.

Le 21 et le 22 juillet le chien est triste, abattu, mais sans fièvre, les selles continuent avec les mêmes caractères. Le 23, il paraît avoir du ténesme rectal et vésical ; il tient constamment la queue entre les jambes, son pénis sort fréquemment de 2 à 3 centimètres hors du fourreau, particulièrement au moment où il expulse des matières par l'anus.

L'animal est sacrifié le 23 juillet au matin, et, à son autopsie, nous trouvons les lésions suivantes : sur le rectum et le côlon descendant se remarquent, par transparence, une trentaine environ de taches livides de la dimension d'un pois ou d'une pièce de vingt centimes.

Elles paraissent siéger sous les plans musculaires.

A l'ouverture du gros intestin, on trouve une faible quantité de matières liquides mucoso-sanglantes et bilieuses; la surface de la muqueuse présente des saillies mamelonnées au sommet desquelles existe une coloration grisâtre avec un point plus foncé au centre. Ces saillies ne s'effacent pas par l'extension de la paroi intestinale, elles correspondent exactement aux taches livides signalées précédemment sur la face péritonéale.

Le reste de la muqueuse est hypérémié par places; certains replis offrent un liséré rouge vif. Par l'incision, faite sur les saillies mamelonnées, on met en évidence des *suffusions sanguines siégeant dans la sous-muqueuse* et résultant manifestement de la rupture de petits vaisseaux. Nulle part nous ne constatons l'existence d'ulcération, sans doute parce que nous nous sommes décidés à sacrifier l'animal dès la première période de sa maladie.

L'examen histologique fait constater au niveau des foyers d'induration et d'hémorrhagie les caractères suivants.

La muqueuse ne présente ni eschare ni ulcération. Au niveau des petites modosités décrites à l'examen à l'œil nu, les glandes de Lieherkühn sont dilatées; leur cavité est encombrée de nombreuses et volumineuses boules de mucus qui compriment le revêtcment épithélial cylindrique et le rend invisible sur un grand nombre de points. Les intervalles, entre les tubes, sont le siège d'une légère infiltration de cellules lymphatiques entraînant l'épaississement des cloisons interglandulaires. La *muscularis muscosæ* est augmentée d'épaisscur, cependant ses altérations sont insignifiantes. Lcs lésions importantes siègent dans la sous-muqueuse. On y distingue deux zones.

Dans la plus centrale, le tissu conjonctif est infiltré de leucocytes à protoplasma granuleux indiquant un commencement de dégénérescence. Les vaisseaux sont énormément dilatés et remplis d'hématies; leurs parois semblent peu altérées; quelques-uns contiennent des amas granuleux de nuance hématique attribuables à la thrombose; des extravasions sanguines remplissent, avec des leucocytes diapédésés, la plupart des interstices conjonctifs.

Dans la zone la plus externe, et dans le voisinage de la tunique musculaire, on reconnaît les caractères de l'œdème; les mailles du tissu conjonctif sont distendues par des coagulations fibrineuses provenant de la lymphe exsudée et par quelques leucocytes diapédésés.

Ces tissus sont encore vivants, mais leur infiltration et les altérations vasculaires y font pressentir le stade préparatoire de la mortification.

Nous avons sous les yeux la phase initiale du processus aboutissant d'abord à l'eschare, puis à l'ulcère dysentérique.

La coloration des coupes pour la recherche des microorganismes n'a donné aucun résultat.

Nous devons ajouter que le chien, objet de cet examen, vivait dans d'excellentes conditions de logement et de nourriture, en compagnie de deux autres animaux de même espèce servant à un de nos collègues pour des recherches d'un ordre différent; ceux-ci sont restés sains et bien portants.

Une autre tentative de transmission de la dysenterie a échoué. Il s'agissait d'nn chat dans le rectum duquel nous avons, une seule fois, injecté 2 centimètres cubes du pus de l'abcès. Cet animal n'a présenté dans la suite aucun signe de dysenterie.

III. — Méthode opératoire

La ponction exploratrice à travers la paroi abdominale intacte nous paraît devoir être abandonnée. Elle ne permet pas de constater le symptôme pathognomonique de l'œdème hépatique, qu'il faut se garder de confondre avec l'œdème de la paroi abdominale qui est absolument exceptionnel.

Si l'aiguille est petite, elle risquera de ne pouvoir extraire le pus épaissi qu'on rencontre habituellement. Si elle est grosse, dans les cas où le pus serait encore virulent, elle ensemencera sûrement le péritoine en ressortant: si par malheur elle avait intéressé, *comme cela est d'ailleurs arrivé*, soit un vaisseau, soit l'intestin, soit l'épiploon fixés par des adhérences anciennes, l'opérateur pourrait l'ignorer ou intervenir trop tard. En un mot la ponction exploratrice nous paraît plus dangereuse qu'une laparotomie exploratrice.

Celle-ci, dans l'immense majorité des cas, devra être pratiquée sur le bord externe du muscle grand droit. Même dans le cas où l'abcès siégerait dans le lobe gauche, l'ouverture pourrait être encore bien placée, car dans ce cas, le lobe droit peut être refoulé et abaissé à tel point qu'un abcès du lobe gauche peut s'ouvrir dans la plèvre droite. L'un de nous a constaté le fait chez un officier opéré à l'hôpital Desgenettes en 1895. Il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré du lobe gauche qui s'était ouvert dans la plèvre droite. L'incision transpeurale fut pratiquée avec succès complet par M. le médecin principal Pierrot auquel nous eûmes l'honneur de servir d'aide. L'officier mourut accidentellement six mois après la guérison de son abcès, et l'autopsie permit de constater l'intégrité absolue du lobe droit, qui s'était déplacé en bas et en arrière.

Dans le cas où l'abcès proéminerait *manifestement* vers la face convexe, il faudrait préférer, comme Mabhoux l'a conseillé, l'incision transpleurale, dans le neuvième espace intercostal et sur la ligne axillaire. La *résection partielle de la dixième côte* nous paraît n'avoir alors que des avantages.

L'incision faite le long du bord externe du muscle grand droit permet enfin de *reconnaître la vésicule*.

Cette incision pourrait très bien se faire après cocaïnisation suivant la méthode de notre maître le professeur Reclus, mais nous pensons que l'anesthésie générale à l'éther est préférable. En l'administrant d'une façon lente, progressive, mais continue, le patient s'endort très facilement, très rapidement; en général, sans période d'agitation, tant la résistance de ces sujets est altérée par leurs accidents hépatiques.

L'hémostase pariétale étant assurée, il faut ouvrir le péritoine, le fixer avec des pinces en Γ, hourrer la cavité péritonéale avec des compresses chaudes qui empêcheront l'issue de l'épiploon et de l'intestin et qui isoleront la glande hépatique, hien que, presque toujours, le pus de ces abcès soit stérile.

On pourra alors à loisir *rechercher le signe précieux de l'œdème* et ponctionner au centre de la région œdématiée.

Si la région œdématiée est *évidemment loin du hile*, ponctionner hardiment : savoir que la coque est parfois *dure*, très dure, qu'il faut, en vérité, appuyer sur l'aiguille si l'on veut entrer dans l'abcès.

Si, au contraire, on tend à se rapprocher du hile, tâtonner sans retirer complètement l'aiguille et reconnaître une zone de dureté ligneuse d'une certaine étendue qui ne pourra pas être autre chose que la coque de l'abcès.

Ponctionner, *en portant toujours le vide avec soi*, en cheminant lentement et par une sorte de mouvement de rotation. Si on avait le malheur de rencontrer un gros vaisseau, on en serait vite averti par l'arrivée du sang dans le flacon et on pourrait y remédier par le tamponnement ou la forcipressure.

Arrivé sur l'abcès, ne pas hésiter à abandonner l'aiguille dès que la tension a diminué et au lieu d'employer le histouri, faire une large brèche avec l'excellent dilatateur de Tripier, qui écarte, qui étire lentement, au lieu de couper. Ne pas faire une trop large brèche, pour le moins inutile quand l'index a pu pénétrer et reconnaître l'unité ou la multiplicité de la collection, son cloisonnement ou non ; il est inutile de chercher davantage puisqu'on sait combien vite s'effectue le retrait des parois de l'abcès qu'il est cependant bon de fixer, par un gros crin de Florence, à l'une des lèvres de la paroi abdominale, au moins pendant les premiers jours.

Si, au bout d'un certain temps, le retrait ou la rotation du lobe intéressé est tel que l'orifice soit mal placé, ne pas hésiter à faire une autre ouverture au point déclive devenu le plus favorable.

Doit-on réunir *complètement* la paroi *au-dessous* du drain ? ne risque-t-on pas des accidents si le drain vient à se boucher et si le pus vient à passer entre le tube et la paroi ? Nous pensons que le tamponnement de Mickulicz placé entre le drain et la paroi suturée est suffisant pour les premiers jours ; plus tard les adhérences sont assez intimes pour qu'on n'ait plus aucun accident à redouter. La suture à triple étage est indiquée pour parer à l'éventration.

Surveiller les pansements, mobiliser et nettoyer le gros drain fenêtré à chaque pansement, diminuer son calibre et le raccourcir graduellement de façon à éviter qu'il n'irrite la cavité par son extrémité interne et qu'il ne favorise le développement de fistules biliaires.

La virulence, constatée par les cultures et les inoculations, indiquerait l'usage des lavages prolongés, qui seraient faits avec l'eau boriquée tiède ou salée à 7 0/00.

CONCLUSIONS

I. La percussion et l'auscultation de la région hépatique doivent être pratiquées dans tous les cas où l'ensemble des symptômes et des commémoratifs peuvent faire songer à l'existence d'une hépatite suppurée. Ces modes d'exploration donnent des renseignements d'autant plus précieux qu'ils peuvent conduire au diagnostic, alors même que, siégeant dans la profondeur du foie, l'abcès a bien des chances d'être méconnu et d'échapper à la classique, mais aveugle, ponction exploratrice.

II. L'expérimentation sur l'animal confirme la réalité des notions établies par l'épidémiologie, sur l'identité d'origine des eschares intestinales et du processus de suppuration du foie de nature dysentérique.

III. Le procédé opératoire de choix peut se résumer ainsi :

1er temps : laparotomie faite sur le bord externe du muscle grand droit ; sauf quand l'abcès, *proéminant manifestement* vers la face convexe, indique la voie transpleurale ;

2e temps : constatation du signe de l'œdème hépatique ;

3e temps : ponction avec l'aiguille aspiratrice ;

4e temps : création d'une brèche suffisante pour l'installation d'un drainage large ; enfin reconstitution partielle de la paroi par la suture à triple étage.

(*Revue de Médecine*.)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

De l'antéflexion de l'utérus.

Lœhlein a fait, à la *Société gynécologique et obstétricale de Leipzig*, une communication ayant pour but d'élucider la raison d'être de l'antéflexion de l'utérus et d'éclaircir l'étiologie de cette affection.

On admet généralement que la position normale de l'utérus consiste en une légère antéflexion et une légère antéversion. Toutefois, il est difficile de dire quand l'antéflexion normale devient pathologique. On considère en général que c'est l'immobilité de l'utérus en antéflexion qui règle l'état pathologique de l'organe. Normalement, en effet, l'utérus en légère antéflexion est mobile, capable de s'adapter aux positions des organes voisins, suivant qu'ils sont vides ou pleins, particulièrement en ce qui concerne la vessie.

L'antéflexion fixe, donc pathologique, est consécutive à la paramétrite et à la périmétrite. De plus, il y a des antéflexions pathologiques congénitales. Lœhlein les considère plutôt comme relevant d'un processus inflammatoire chronique.

L'antéflexion, pour Lœhlein, n'est que faiblement responsable des phénomènes anormaux de la menstruation. L'aménorrhée et la dysménorrhée seraient dues pour lui à l'état infantile de l'utérus, à un état chlorotique dans certaines circonstances. En effet, ne voit-on pas chez une même femme l'aménorrhée et la dysménorrhée offrir de grandes variations, sans que pour cela la position de l'utérus en antéflexion ait changé ?

Néanmoins, Lœhlein admet que, dans certains cas d'antéflexion utérine, il se produise de la dysménorrhée mécanique. Il faut alors voir ces utérus de plus près, pour se rendre compte qu'il y a, outre l'antéflexion, une sténose primitive du canal cervical, surtout marquée au niveau de ses orifices. Dans d'autres circonstances, c'est la métrite du col qui est capable de provoquer cette sténose.

Si la dysménorrhée existe sans sténose du canal cervical, les phénomènes douloureux relèvent d'une sensibilité exagérée des contractions utérines sous l'influence de l'inflammation des parois de l'utérus. Quoi qu'il en soit, il semble difficile à Lœhlein d'expliquer la dysménorrhée par la seule antéflexion. Il s'y surajoute, en outre, un autre élément.

Ces considérations ont leur importance au point de vue du traitement. Une malade se plaint-elle de troubles de la menstruation accompagnés d'antéflexion utérine, considérée comme congénitale, le traitement devra s'adresser surtout à l'état général, à la sténose du canal cervical, à l'excision même du col hypertrophié, s'il y a lieu. On guérira la métrite qui accompagne bien

des fois l'antéflexion. Celle-ci ne devra pas être traitée d'emblée et exclusivement.

L'antéflexion rentre-t-elle au contraire dans le cadre des antéflexions fixes, il ne faudra pas oublier que la périmétrite et la paramétrite concomitantes devront les premières attirer l'attention du médecin.

La thérapeutique qui va droit à la fixation de l'utérus agit en méconnaissant les causes mêmes sous la dépendance desquelles est l'antéflexion. Elle est irrationnelle, puisqu'elle ne s'occupe que d'un élément, négligeant les éléments primitifs. L'emploi des pessaires lui-même n'est pas indiqué.

Telles sont les idées de Lœhlein sur l'antéflexion utérine. On voit qu'elles se rapprochent grandement de celles qui ont souvent été défendues en France, où la plupart des gynécologues, en face des cas d'antéflexion, ne recourent à l'emploi des différentes opérations abdominales que dans des circonstances spéciales et déterminées.

Du curettage de l'utérus dans la grossesse extra-utérine.

Hammerschlag (*Centralblatt für Gynækologie*, 1896, n° 36) rapporte un cas instructif au point de vue pratique, car il montre le danger qu'il peut y avoir à cureter une femme ayant une grossesse extra-utérine.

Une malade âgée de vingt-neuf ans n'avait pas eu ses règles depuis deux mois. A ce moment se produisit une légère métrorrhagie avec forte douleur dans le bas-ventre. Ces symptômes persistèrent quelques jours et allèrent même en s'accentuant. L'auteur se crut en face d'une grossesse tubaire qui se serait rompue et à laquelle aurait succédé, comme il arrive souvent, une hématocèle rétro-utérine. Un gynécologue appelé fit un curettage pour être à même d'examiner la muqueuse utérine et d'assurer par là le diagnostic.

Mais aussitôt le curettage terminé, la malade éprouva une très forte douleur dans l'abdomen; peu après elle eut 39 degrés, et bientôt se montrèrent tous les symptômes d'une périmétrite très nette qui, au bout d'un assez long temps, parvint à guérir.

Le curettage avait donné lieu à une hémorrhagie interne; ce fait prouve assez combien semblable intervention peut offrir de dangers au cours de la grossesse extra-utérine. Du reste cette observation n'est pas isolée, et en Allemagne il en a été publié d'autres qui montrent à quel point il peut être imprudent et même grave de cureter l'utérus dans le cours d'une grossesse extra-utérine.

Du traitement des hernies gangrenées.

Bogdanik (*Centralblatt für Chirurgie*) se livre à propos des hernies étranglées et gangrenées aux considérations suivantes :

Quand on opère, dit-il, ces sortes de hernies, il n'y a en général pas de péritonite, et rarement aussi il y a de la fièvre. Cependant les malades succombent parfois à des phénomènes de péritonite. Il faut donc en conclure que cette péritonite est due à une infection de la cavité abdominale.

Ce dernier point a attiré l'attention de Bogdanik, qui a cherché s'il n'y aurait pas moyen d'éviter cette péritonite. C'est pourquoi il ne veut ouvrir l'abdomen qu'après avoir transformé la hernie gangrené en une plaie aseptique par le procédé opératoire suivant :

L'opérateur fait une incision allant jusqu'au sac, et en même temps il excise tout ce qui est infiltré et gangrené. Il excise même tout ce qui lui semble suspect. Le sac est ensuite ouvert, et l'intestin apparaît. Celui-ci étant isolé, on excise tout le sac gangrené jusqu'à l'orifice herniaire. De même l'épiploon, s'il est gangrené, après avoir été attiré au dehors, et une fois qu'une ligature au catgut a été posée à la hauteur de l'orifice herniaire, est sectionné d'un coup de ciseaux. Quant à l'intestin gangrené, il est enveloppé dans une compresse stérélisée et maintenu avec une pince. Puis on fait une entaille d'ans l'anneau, juste assez grande pour amener au dehors une portion de l'anse étranglée. Cette anse lavée, les parties suspectes sont enlevées par deux coups de ciseaux. La suture des deux bouts de l'intestin rétablit la continuité du canal; puis l'anneau est suturé, ainsi que la plaie.

Par ce moyen, Bogdanik évite la péritonite qui suit parfois l'opération de la hernie étranglée. En tous cas, le procédé est simple, et dans l'observation que cite l'auteur, la guérison a été facilement obtenue, sans qu'il se soit produit aucune complication; de même elle s'est parfaitement maintenue.

ITALIE

Sérothérapie de l'ozène.

On sait que la sérothérapie appliquée à la diphtérie n'a pas seulement donné des résultats pratiques merveilleux, mais que par les recherches d'ordre bactériologique qu'elle a suscitées, elle a amené la découverte de quelques faits aussi importants qu'intéressants. Parmi eux, celui qui est peut-être le plus surprenant, est certainement le traitement que l'école italienne a été amenée à formuler et à expérimenter contre une maladie difficile à guérir entre toutes : l'ozène.

C'est en Italie, en effet, que, pour la première fois, on a découvert l'existence dans l'ozène de bacilles se rapprochant beaucoup du bacille de la diphtérie. Ces travaux sont surtout dus à Belfanti et à Della Vedova, qui ont naturellement eu l'idée d'appliquer la sérothérapie antidiphtérique au traitement de l'ozène, et qui disent avoir abouti à des résultats excellents. Du reste, le bacille de Lovenberg-Abel a été également rencontré par ces auteurs, en même temps que le précédent.

Arslan et **Catterina** (*Arch. ital. di. otolog.*, 1896, fasc. 3) ont bien trouvé, chez huit malades atteints d'ozène, les deux espèces de bacilles que Belfanti et Della Vedova avaient signalées, mais ils n'ont pas eu le même succès thérapeutique que ces derniers.

Par les injections de sérum antidiphtérique, Arslan et Catterina ont constaté que le sérum exerce une action presque spécifique sur la pituitaire. Cette dernière, en effet, se congestionne au point de donner lieu à des épistaxis après l'injection. D'autre part, ils ont remarqué une réelle amélioration chez les malades par suite de la diminution des sécrétions et de l'affaiblissement de l'odeur. Mais cette amélioration n'était que temporaire. Bientôt, en effet, l'odeur était de nouveau aussi marquée qu'auparavant et les sécrétions étaient aussi abondantes. Jamais les auteurs n'ont eu à signaler de guérison réelle, comme l'ont fait Belfanti et Della Vedova; ils n'ont toujours obtenu qu'une amélioration passagère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

Suite de la discussion sur le traitement chirurgical des pieds bots.

Après le rapport de M. Forgue sur cette question (voir *Gazette Médicale* du 24 octobre), différents orateurs ont encore pris la parole pour exposer les conclusions auxquelles ils aboutissent.

M. Kirmisson (de Paris) distingue deux cas bien différents. Ou bien l'enfant est nouveau-né ou tout au moins n'a pas encore marché, ou bien c'est un enfant qui a une déformation ancienne et qui s'est déjà servi de son pied.

Dans le premier cas, le traitement doit être commencé le plus tôt possible. L'orateur traite d'abord le varus par des massages

quotidiens en redressant l'adduction de l'avant-pied; il maintient ce redressement par des lattes de gutta-percha. Ceci fait, il s'adresse seulement à l'équinisme, qu'il combat également par des massages, et, si nécessaire, par la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille.

Si l'enfant a marché, et si le pied bot est invétéré, c'est au redressement forcé sous chloroforme qu'il faudra avoir recours, ainsi qu'aux opérations employées en général pour la cure du pied bot invétéré. Le redressement donne de bons résultats quand le pied n'est pas trop dur. On le maintient par un appareil plâtré, et on continue le traitement par des massages.

Quant aux opérations, elles sont assez nombreuses. La tarsoclasie instrumentale paraît trop aveugle à l'orateur, et mérite le gros reproche de ne pas permettre de mesurer les résultats qu'on veut obtenir. Les opérations sanglantes lui semblent préférables. Mais il repousse les opérations portant d'emblée sur le squelette, comme compromettant la forme et la fonction du pied.

M. Kirmisson considère comme la meilleure de toutes les interventions l'opération de Phelps avec les modifications qu'il y a apportées. Au lieu de n'ouvrir que rarement les articulations médio-tarsiennes, comme le faisait Phelps, il considère ce temps de l'opération comme étant le point fondamental.

M. Kirmisson insiste ensuite sur les détails de l'opération du pied-bot varus équin congénital telle qu'il l'exécute, et expose les statistiques que sa pratique lui a fournies sur ce sujet. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur aux deux numéros de la *Gazette Médicale* du 17 et du 24 octobre où l'article même que M. Kirmisson a consacré à cette question est rapporté.

Disons seulement que l'orateur ne fait pas porter d'appareils orthopédiques après l'opération de Phelps comme il la conçoit : section des parties molles sur le bord interne du pied avec large arthrotomie médio-tarsienne. Les opérations sur le squelette de leur côté ne seront jamais, comme la précédente, des opérations de choix, mais bien des méthodes d'exception et de nécessité qu'il faudra se décider à employer devant l'insuffisance des moyens conservateurs.

M. Berger (de Paris) admet fort bien que les pieds bots varus équin peuvent être traités, au début, par la manipulation et l'orthopédie, mais il croit qu'il y faut en général joindre la ténotomie. Cette ténotomie sera sous-cutanée pour le tendon d'Achille et l'aponévrose plantaire; elle sera faite à ciel ouvert pour le tendon du jambier antérieur.

Lorsqu'on revoit plus tard les malades ainsi traités, on peut constater que, s'il y a encore un peu d'adduction de l'avant-pied et si les résultats physiques ne sont pas absolument parfaits, la démarche n'en est pas moins excellente, semblable à celle d'une personne ayant toujours eu un pied normal, et qu'au point de vue fonctionnel les résultats ne laissent rien à désirer.

Le pied bot est-il invétéré, c'est à l'opération de Gross que l'orateur s'adresse de préférence. On sait que cette opération consiste en une astragalectomie avec tarsectomie cunéiforme. L'astragalectomie s'oppose efficacement à l'écroulement du pied. La résection de son côté ne donne guère de raccourcissements notables, et a l'avantage de parfaitement corriger les difformités, comme le prouvent les résultats qu'on constate ultérieurement.

Quant à l'opération de Phelps, M. Berger lui reproche de ne pas permettre la résection cunéiforme externe, si le chirurgien la trouve nécessaire.

M. Deschamps (de Liège) rappelle la difficulté qu'il y a actuellement à juger la pathogénie du pied bot. Il croit cependant que le pied bot varus équin congénital relève d'une paralysie des abducteurs du pied pendant la vie intra-utérine, comme le veut la théorie de Soyn. Les lésions osseuses seraient donc consécutives et non primitives.

La question du traitement est d'une grande complexité. Elle est sous la dépendance de différents facteurs. Ainsi, un pied bot cédera au massage et au redressement forcé, s'il est traité dès le jeune âge, tandis que plus tard il faut un traitement opératoire. A ce point de vue, l'orateur considère l'opération de Phelps comme donnant de bons résultats, mais il a également constaté que la tarsectomie peut souvent trouver ses indications. Il croit que le traitement dépend autant des lésions du pied bot que des aptitudes et de l'expérience du chirurgien. En tous cas, il insiste sur la nécessité des soins consécutifs au traitement opératoire, massage, manœuvres et redressements orthopédiques, faute de quoi les résultats obtenus par ce mode de traitement pourraient bien être compromis.

M. Lucas-Championnière (de Paris) est plus radical et n'admet que la chirurgie osseuse dans le traitement des pieds bots. Il ne craint pas de faire de larges sections osseuses, obtenant ainsi une restauration plus parfaite. Il redoute, au contraire, les sections tendineuses, au point de ne s'adresser que très exceptionnellement à la chirurgie tendineuse. Les sections tendineuses sont graves, surtout par suite de la longue immobilité que nécessitent les appareils plâtrés.

Aussi M. Lucas-Championnière rejette-t-il l'emploi d'appareils plâtrés. Le pied une fois redressé, il y met un pansement ouaté, et, au bout de huit jours, il mobilise l'organe chaque jour, ce qui lui paraît plus important que le port d'un appareil.

L'orateur ajoute que dans les différentes opérations qu'il a pratiquées par ce procédé, il a eu des résultats fort heureux. Le pied, bien que raccourci, avait conservé sa hauteur, et la marche était vraiment excellente.

M. Bœckel (de Strasbourg) conseille les manipulations dans l'âge tendre. Après quatre ou cinq mois, il a recours aux sections tendineuses et aponévrotiques suivies du maintien du pied par un appareil plâtré, et plus tard par le port d'une semelle en cuir bouilli munie de tuteurs.

Vers l'âge de quatre ans, ces procédés n'étant plus suffisants, il emploie le redressement purement instrumental avec ou sans l'opération de Phelps. Si les résultats ne sont pas favorables, la tarsectomie est indiquée, soit la tarsectomie totale, soit l'astragalectomie. C'est alors qu'on enlèvera tout ce qui résiste, si cela est nécessaire, jusqu'au moment où le pied sera facilement redressé et maintenu.

M. Gross (de Nancy) rappelle qu'il a proposé à de précédents Congrès l'astragalectomie avec résection de la grande apophyse du calcanéum contre les déformations squelettiques du varus équin congénital invétéré. En effet, l'irréductibilité de l'astragale entretient les déformations de l'équinisme. Quant à celles du varus, il faut les rapporter à une subluxation du scaphoïde et du cuboïde. Les moyens orthopédiques seuls ne sauraient remédier à cet état de choses que vise l'intervention proposée par l'orateur.

Chez l'enfant, les altérations squelettiques peuvent déjà exister, pour être encore consolidées plus tard par l'ossification. Chez le nouveau-né, les déformations sont toujours remédiables, pour le devenir d'autant moins que l'ossification avance. La difficulté augmente singulièrement, une fois établies les subluxations astragalienne et médio-tarsienne. Cette dernière est indiquée par les saillies osseuses, tandis qu'il est délicat de savoir quand commence l'irréductibilité de l'astragale.

M. Doyen (de Reims) est partisan des méthodes rapides dans le traitement des pieds bots, sans port d'aucun appareil orthopédique. Pour le varus équin, la section du tendon d'Achille et l'opération de Phelps suffisent, en général, chez les tout jeunes enfants. Dans d'autres cas, c'est à l'énucléation de l'astragale, du scaphoïde quelquefois, voire même du cuboïde ou de l'apophyse calcanéenne qu'il faudra avoir recours.

Ces procédés trouvent leurs applications lorsque le pied est en varus bien marqué.

M. Broca (de Paris) confirme les conclusions du rapport de M. Forgue. Le traitement doit commencer le plus tôt possible. Quand l'enfant n'a pas encore marché, on réussira presque tou-

jours par le massage et la ténotomie. Le varus doit être corrigé avant la section du tendon d'Achille.

Le sujet a-t-il déjà marché, la force manuelle est insuffisante. C'est alors qu'on a recours aux différents tarsoclastes, mais l'orateur préfère à ces instruments aveugles les interventions sanglantes. L'incision de Phelps et la tarsectomie sont, dans ce cas, en présence; celle-ci est préférable, car elle n'est pas plus grave que la première et donne des résultats plus rapides et plus sûrs. Du reste, la tarsectomie ne doit pas être parcimonieuse. L'astragalectomie, en effet, ne corrige que l'équinisme. Dans la tarsectomie, le chirurgien ne doit pas craindre de comprendre la grande apophyse du calcanéum et les divers os du tarse, selon les différents cas particuliers.

Du mécanisme des fractures des malléoles.

M. Souligoux (de Paris). — Les fractures des malléoles de cause indirecte se produisent dans les mouvements forcés du pied soit en dehors, soit en dedans. Ces mouvements se combinent toujours avec un mouvement de rotation en dehors ou en dedans, rotation en dedans pour l'adduction, rotation en dehors pour l'abduction. Tous les auteurs (Maisonneuve, Tillaux) admettent que dans le mouvement forcé d'adduction avec rotation en dedans, la fracture se produit par arrachement. M. Tillaux a fait justice de la théorie de divulsion émise par Maisonneuve.

J'ai voulu étudier comment, une fois une malléole brisée, se fracturait la seconde malléole, donnant ainsi lieu à la fracture bimalléolaire.

La théorie admise est celle-ci. La malléole interne étant brisée, l'astragale vient presser par toute sa face externe sur la malléole externe et la brise.

Les faits se produisent en sens inverse si la malléole externe est brisée la première.

Je crois qu'il en est tout autrement, comme le montrent les pièces que je présente. Soit, par exemple, un arrachement de la malléole interne. L'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline légèrement en dedans et s'écarte du tibia par son bord interne et sa face supérieure. Son bord externe devient supérieur et répond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Si l'on songe que le plus souvent un homme qui se casse les malléoles est debout, on voit que dans cette situation tout le poids du corps est supporté par le bord externe de l'astragale et l'articulation péronéo-tibiale inférieure. Les ligaments péronéo-tibiaux se brisent ou bien arrachent les surfaces osseuses sur lesquelle ils s'insèrent.

Le résultat est le même; il se produit un diastasis de cette articulation. Le péroné repoussé en dehors par l'astragale qui tend à se placer entre lui et le tibia se brise au point où il est le moins fort et le moins soutenu, c'est-à-dire à 5 ou 6 centimètres de la pointe de la malléole. Si la malléole externe est brisée dans le mouvement d'adduction et de rotation en dedans, l'astragale, suivant le mouvement du pied, s'incline en dehors; sa surface articulaire supérieure, au lieu de regarder en haut, regarde en haut et en dehors. Le bord interne devient supérieur et répond à la base de la malléole.

Tout le poids du corps porte donc sur le bord interne de l'astragale et un point très limité du tibia. Il en résulte un éclatement de cette malléole à sa base.

Hydropyonéphrose à marche suraiguë; laparotomie; néphrectomie secondaire; guérison.

M. Mauny (de Saintes). — Il est souvent difficile de reconnaître les tumeurs liquides du rein, hydronéphroses et pyonéphroses. Mais la difficulté atteint son maximum lorsque les accidents de suppuration rénale apparaissent d'une façon suraiguë chez un malade sans passé urinaire, ou lorsqu'il s'agit d'une tumeur suppurée à développement rapide qui envahit la totalité de l'abdomen de la femme, chez qui la sphère utéro-ovarienne est si souvent en cause. L'ensemble des symptômes généraux indique alors une péritonite purulente généralisée.

J'ai observé un cas qui rentre dans cette dernière catégorie. Une jeune fille de vingt et un ans fut amenée à l'hôpital, avec un ventre énorme, distendu et douloureux. Elle avait 40° de température, son pouls était petit. Elle avait des vomissements; le faciès était grippé. C'est en pleine santé, en l'espace de vingt-quatre heures, que s'était produit ce développement de l'abdomen.

Je ne notais rien en explorant les régions lombaires et les flancs; les urines ne renfermaient ni sang ni pus. Il n'y avait jamais rien eu de suspect du côté de l'appareil urinaire.

Pensant à une péritonite généralisée, je fis la laparotomie. Le péritoine ne renfermait aucune trace de liquide. Je vis l'intestin refoulé en avant, non enflammé; le mésentère était tendu et résistant.

Derrière le péritoine se trouvait une poche dont l'ouverture donna issue à environ dix litres d'un pus à odeur urinaire. En y introduisant la main, je vis qu'il s'agissait d'une tumeur liquide, suppurée, du rein gauche. Je fis alors la marsupialisation de la poche. Une fistule urinaire persista pendant plusieurs mois.

Aussi pratiquai-je plus tard la néphrectomie par voie lombaire, après m'être assuré du bon fonctionnement du rein droit. Je dois signaler l'ouverture de la plèvre et du péritoine au cours de cette intervention. Ces déchirures furent guéries par quelques fines sutures au catgut, et ne laissèrent subsister aucune complication. La guérison se fit bien et sans fistule.

Le rein enlevé avait la forme d'une large poche à coque dure. La capsule propre du rein et la capsule adipeuse étaient entièrement confondues.

Je crois avoir été en présence non pas d'une pyélonéphrite calculeuse ou tuberculeuse, mais d'une hydronéphrose à développement énorme ayant suppuré. Les voies urinaires inférieures étaient intactes, l'infection de la poche n'a pas pu être ascendante. J'en conclus que la collection urineuse s'est infectée par la voie sanguine, mode pathogénique soutenu par M. Bazy, et qui explique seul certains faits cliniques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre. — Présidence de M. Monod.

Procédé sous-iliaque d'extirpation du rectum et de l'S iliaque dans les tumeurs cancéreuses du rectum haut situées.

M. Reclus lit un travail de **M. Jules Bœckel** (de Strasbourg) sur ce sujet. Ce dernier s'est trouvé devant un cas où le Kraske était insuffisant. Le cancer était si haut situé que le dégagement du bout supérieur du rectum ne pouvait se faire sur une assez longue étendue. Aussi M. Bœckel continua-t-il l'opération en faisant un anus iliaque par la voie abdominale, idée dont, d'ailleurs, il ne revendique pas la priorité. M. Gaulier (de Lille) imagina le premier de traiter certains cancers à la fois par la voie sacrée et la voie abdominale; M. Chalot (de Montpellier) mit, le premier, cette idée en pratique; plus tard, M. Gaulier eut l'occasion d'intervenir également par ce procédé. Mais les opérés de ces deux auteurs ont succombé, tandis que celle de M. Bœckel, une religieuse de 39 ans, déjà dans un état cachectique avancé, se remit très bien de son opération, dont les suites furent fort heureuses.

M. Bœckel divise l'opération en trois temps :

1° Attaquer la tumeur par la voie sacrée, suivant le procédé de Kraske, et isoler le rectum aussi haut que possible.

2° Faire un anus iliaque par section transversale du côlon descendant.

3° Extirper l'intestin ainsi libéré par la voie sacrée préalablement tracée.

Cette opération permet l'extirpation à la fois du rectum et de l'S iliaque. Elle s'adresse aux cas trop haut situés pour être justiciables du Kraske, aux cas trop bas situés pour pouvoir être traités par la laparotomie.

M. Quénu insiste sur l'importance de cette communication. L'opération qu'a exécutée avec succès M. Bœckel part de l'idée de l'établissement d'un anus iliaque définitif. M. Quénu a déjà indiqué, il y a un an, que la suppression du bout inférieur constituerait nne des meilleures méthodes.

Des complications intra-crâniennes des otites.

M. Broca. — Les otites mal soignées peuvent donner lieu à différentes complications : méningite aiguë, thromboses des sinus, abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphaliques, cérébraux ou cérébelleux.

Bien plus, souvent ces lésions sont concomitantes. Mais en général au début la complexité est moindre, et on peut facilement distinguer les lésions auxquelles on a affaire.

Dans les méningites aiguës, diffuses, suppurées, il n'y a guère de résultats à obtenir par l'intervention. Et cependant deux fois je suis intervenu, car la certitude du diagnostic ne me semblait pas absolue. Il existe en effet des faits de méningisme, de méningites incomplètes. Il y a même des méningites circonscrites qui marquent la transition vers les abcès encéphaliques. Enfin certaines thromboses, dans lesquelles manque le gonflement cervical, ressemblent parfois à s'y méprendre aux méningites.

Aussi ai-je coutume d'opérer dans ces circonstances, et alors je suis le sinus jusqu'au cerveau. Et pour cela, j'agis à la lois sur l'oreille, le sinus, le cerveau et le cervelet.

Je pose d'ailleurs comme aphorisme la règle suivante : Il faut d'abord trépaner l'apophyse et la caisse. Mais alors se pose la question suivante : Faut-il aller dans le crâne par cette même voie, ou faut-il en ouvrir une seconde plus éloignée ?

Pour les abcès extra-duraux, il n'y a pas de doute à avoir. Ils siègent toujours autour de l'oreille. Si, en même temps que ces abcès, existent des abcès cérébelleux ou cérébraux, l'opération mastoïdienne devra se prolonger jusque dans le crâne.

En cas de thrombose, il est inutile d'ouvrir la boîte crânienne dans un second point. L'antre mastoïdien est le meilleur moyen pour atteindre le sinus.

Restent les abcès cérébraux et cérébelleux. Les partisans de la voie mastoïdienne enx-mêmes ne concèdent pas l'inutilité d'une trépanation sus-auriculaire indépendante.

Les abcès cérébraux sont en général temporaux, reposant sur le plafond de l'aditus. Il faudra donc défoncer ce plafond par la trépanation de la caisse. Quant aux abcès cérébelleux, ils sont près du rocher. On devra dans ce cas trépaner avant ou en dedans du coude du sinus, ce qui permettra l'exploration du cervelet.

De l'emploi d'un tube de caoutchouc pour les anastomoses intestinales.

M. Reclus lit une note de **M. Dubourg**, médecin de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux. Dans cette note, l'auteur préconise l'emploi d'un tube de caoutchouc creux, qu'on pourra remplacer par un drain, dans les anastomoses d'anses intestinales, ou dans celles d'estomac à intestin. Après le contact des deux organes accolés par une suture séro-séreuse au catgut, on ouvre les deux muqueuses et, avant de les suturer, on y place le tube en question. Ce tube ne peut être refoulé dans l'estomac, soutenu qu'il est par un épaulement. Il ne peut l'être dans l'intestin, où le maintient un fil qu'on y a passé.

Dans quatre observations où ce tube a été employé, l'auteur n'a pas vu survenir d'accidents. D'autre part, l'emploi de ce tube offre différents avantages : il facilite la suture, il fait un orifice de calibre déterminé, il n'offre pas de danger d'élimination.

Présentation de malades

M. Nélaton montre un malade qui était porteur d'un énorme polype naso-pharyngien. L'orateur l'a traité par la méthode lente, c'est-à-dire qu'il a commencé par en faire l'ablation en incisant le voile du palais et en laissant une brèche ouverte pour traiter les récidives. La récidive se fit en avril 1894. Elle fut traitée sans grand succès par des injections de chlorure de zinc. L'acide chromique au maximum de concentration donna, au contraire, des résultats excellents. Verneuil l'avait préconisé et avait montré les merveilleux résultats qu'on en pouvait obtenir. Depuis cinq ou six mois, ce polype, dont un prolongement avait déformé la joue droite et qui avait provoqué de fortes hémorrhagies, est bien guéri. Néanmoins, M. Nélaton laisse une brèche ouverte, qu'il ne fermera que dans un an, afin d'intervenir à nouveau, s'il y a lieu.

M. Quénu dit qu'il n'aurait pas hésité à faire la double ligature des carotides externes contre l'hémorrhagie.

M. Th. Anger montre une malade opérée qar lui de la cataracte il y a sept jours. Il a terminé l'opération par le lavage de la chambre antérieure avec de l'eau distillée. Par ce procédé s'enlèvent tous les débris du cristallin et la chambre antérieure devient tout à fait transparente.

M. Delens, sans méconnaître l'efficacité de cette manœuvre, ajoute que, plus tard, des débris de cristallin se montrent à nouveau.

M. Terrier n'admet pas ces lavages, abandonnés aujourd'hui par plusieurs oculistes. L'eau distillée, en tous cas, ne doit pas être employée, car elle altère la cavité.

M. Brun est du même avis. La chambre antérieure n'étant pas septique, pourquoi y faire un lavage qui peut parfaitement l'infecter ? Cette manœuvre est, en effet, loin d'être toujours inoffensive.

M. Kirmisson rejette également l'emploi des lavages de la chambre antérieure. Il n'a jamais vu de suppuration après l'opération de la cataracte, bien qu'on n'ait pas eu recours aux lavages de la chambre antérieure. Il attache beaucoup d'importance au *modus faciendi* de l'opération.

M. Th. Anger déclare que les lavages font un nettoyage rapide, au cours duquel s'en vont tous les débris ; aussi continuera-t-il à les pratiquer.

Présentation de pièces.

M. Tuffier présente à la Société un anévrysme poplité, enlevé chez un syphilitique âgé de 47 ans. Cet anévrysme était bas situé sur l'artère poplitée, à cet endroit où l'extirpation de ces tumeurs peut provoquer de la gangrène. Aussi l'orateur a-t-il fait précéder cette extirpation de la compression digitale intermittente permettant la formation d'anastomoses. La tumeur que présente M. Tuffier recevait tellement de collatérales que la ligature eût peut-être pu ne pas suffire.

M. Legueu montre une synoviale du genou qu'il a extirpée, et qui était atteinte de ce qu'on a appelé lipôme arborescent des articulations.

M. Chaput montre du catgut stérilisé par un procédé spécial. Au lieu d'employer l'autoclave à 120° à sec, où le catgut s'altère, M. Chaput a fait usage d'un autoclave à 120° avec huile à la même température.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre.

De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde.

M. Dieulafoy. — On a l'habitude de décrire deux formes de péritonites typhoïdes. La première est due à la perforation des plaques de Peyer, la seconde à la propagation du processus

infectieux à travers l'intestin ulcéré, mais non perforé. L'une est décrite sous le nom de péritonite par perforation; l'autre sous le nom de péritonite par propagation.

La péritonite par perforation, qui se montre pendant le cours ou les rechutes de la fièvre typhoïde, peut atteindre toutes les parties de l'intestin altérées par le processus typhique : iléon, cœcum, appendice, côlon. Le signe capital de cette variété de péritonite est la chute brusque de la température. Celle-ci descend au-dessous de 36° la plupart du temps. Mais toute hypothermie subite dans le cours d'une fièvre typhoïde n'indique pas fatalement la production d'une péritonite par perforation. Il y a des cas, on le sait, où la courbe typhique baisse brutalement comme celle d'une pneumonie; mais alors les autres symptômes, au lieu de s'exagérer comme dans la péritonite, s'amendent au contraire. La chute brusque de la température peut également dépendre d'une abondante hémorrhagie intestinale, auquel cas la température remonte vite et dès le lendemain. Dans la péritonite, la température ne se relève que lentement et peu à peu.

La péritonite par perforation est presque toujours mortelle, après quelques jours de rémissions trompeuses. Mais ces péritonites peuvent guérir dans des cas très rares par production d'adhérences protectrices.

C'est en voyant guérir la malade qu'on a pensé à la péritonite par propagation. Cette péritonite par propagation n'existe pas. Dans la plupart des cas on est en présence d'une péritonite par lésion de l'appendice.

L'appendice est, en effet, susceptible d'être atteint dans la fièvre typhoïde. Ou bien il est le siège d'une perforation au même titre que les autres parties de l'intestin, ou bien il est en proie à une inflammation qui provoque les lésions ordinaires de l'appendicite. Cette appendicite para-typhoïde est due au reliquat des lésions typhoïdes de l'appendice, et ressemble alors absolument à une appendicite ordinaire, susceptible comme cette dernière de complications différentes du côté du péritoine. Ce qui distingue cette appendicite de la péritonite par perforation, c'est que la température s'élève dans le premier cas, et comme il a été dit plus haut, s'abaisse dans le second.

Le traitement médical des péritonites typhoïdes consiste à immobiliser l'intestin par la suppression des boissons. On se contente de donner alors de l'opium au malade, on lui met des vessies de glace sur le ventre, et on lui fait sucer de la glace en lui défendant de déglutir l'eau qui en résulte.

Mais le traitement médical reste souvent sans résultat. Aussi le traitement chirurgical doit-il intervenir. Si l'on est en présence d'une appendicite para-typhoïde, on se comportera comme en présence d'une appendicite vulgaire.

Mais la question est plus complexe si l'on se trouve en face d'une péritonite par perforation. Le mieux serait de pouvoir intervenir sans tarder. C'est là un point délicat, car on sait la difficulté d'affirmer la perforation; il est souvent trop tard pour intervenir efficacement lorsque la clinique a reconnu la péritonite par perforation. L'opération aurait quelque chance de succès, si on la faisait suffisamment tôt, car la suture de l'intestin peut être suivie de cicatrisation de la perforation. Ce qui est difficile, c'est de saisir le moment opportun de cette intervention.

Pouvoir hystéroclasique du réflexe pharyngien et de certains réflexes tégumentaires.

M. Clozier (de Beauvais) montre qu'une excitation mécanique de la portion laryngée du pharynx permet d'arrêter tous les paroxysmes hystériques, à tous les moments de la crise. Quand se produit le réflexe nauséeux, l'attaque est définitivement arrêtée.

De même la titillation de la muqueuse nasale et de la membrane pituitaire, un pincement de la peau ou une pression énergique exercée sur un point quelconque des téguments, suffiraient à faire disparaître l'accès.

Ces faits démontrent que les zones hystérogènes, comme les zones hystéroclasiques, n'ont pas de localisation spéciale. Chez un hystérique sujet aux crises, l'irritation des rameaux périphériques ou du tronc des nerfs sensitifs provoque ou jugule une attaque d'hystérie, au gré de l'expérimentateur, à condition toutefois que les tissus n'aient pas perdu leur sensibilité.

Traitement de la peste bubonique par le sérum antipesteux.

M. Monod rappelle que M. Yersin fit, à Canton, avec succès, une inoculation de sérum à un jeune homme atteint de peste bubonique. M. Chaussé eut également deux succès par ce procédé. Enfin, M. Yersin, à Anvers, a récemment obtenu vingt guérisons sur vingt-deux cas traités. Le sérum Yersin semble donc efficace dans le traitement de la peste bubonique.

Du chimisme respiratoire normal et pathologique.

M. Robin lit un travail sur le chimisme respiratoire dans la fièvre typhoïde, où il montre que les actes d'oxydation sont favorisés par les bains froids. Les actes d'oxydation étant les procédés de défense essentiels de l'organisme, il faut favoriser leur production dans toutes les maladies infectieuses.

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 3 AU 7 NOVEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 3 novembre, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Pozzi, Roger. — 3e (2e partie) : MM. Proust, Ménétrier, Achard. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Berger, Nélaton. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Cornil, Thoinot. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Charrin.

Mercredi 4 novembre, à 1 heure. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Lejars, Humbert, Delbet. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Tuffier, Broca. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Heim, Wurtz, Widal.

Jeudi 5 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Achard, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bar, Nélaton.

Vendredi 6 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Straus, Retterer, Weiss. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Tillaux, Ricard, Delbet. — 5e (2e partie), Charité : MM. Potain, Gilles de la Tourette, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Humbert, Varnier.

Samedi 7 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Panas, Le Dentu, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e (2e partie) : MM. Joffroy, Roger, Marie.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 4 novembre, à 1 heure. — *Mlle Myszynska* : Contribution à l'étude du traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides (MM. Potain, Fournier, Letulle, Gaucher). — *M. Barreyre* : Les accidents consécutifs aux injections mercurielles dans le traitement de la syphilis (MM. Fournier, Potain, Letulle, Gaucher). — *M. Hamelin* : Etude sur le pneumopaludisme; quelques cas observés dans les pays chauds (MM. Straus, Chauffard, Netter, Walther). — *M. Delgrange* : Essai d'étude comparée sur les sérums (MM. Straus, Chauffard, Netter, Walther).

Jeudi 5 novembre, à 1 heure. — *M. R. Petit* : Le sérum antidiphtérique de Roux; effets physiologiques et cliniques (MM. Dieulafoy, Berger, Charrin, Hartmann). — *M. Lamandé* : Etude sur les convulsions épileptiformes produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale (MM. Dieulafoy, Berger, Charrin, Hartmann). — *M. Hébert* : Recherches cliniques sur les angines à bacille de Friedlænder (MM. Dieulafoy, Berger, Charrin, Hartmann). — *M. Foulia* : Contribution à l'étude des fractures de l'omoplate (MM. Berger, Dieulafoy, Charrin, Hartmann).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie.

Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue le mercredi 4 novembre 1896, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel.

Les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 7 novembre 1896, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Clinique des maladies des enfants.

M. Marfan, agrégé, suppléant M. Grancher, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le samedi 7 novembre 1896, à 4 heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Feulard : Maladies de la peau, les mercredis, à 10 heures.

M. le docteur Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les vendredis, à 10 heures.

M. le docteur Larat : Electrothérapie, les jeudis à 10 heures.

Clinique des maladies du système nerveux.

M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le mardi 17 novembre 1896, à 10 heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Lundi (10 heures 1/2) : Séméiologie du système nerveux. MM. les docteurs J. Charcot et Souques.

Mardi (10 heures) : Policlinique. M. le professeur Raymond.

Mercredi (10 heures 1/2) : Histologie normale et pathologique du système nerveux. M. le docteur Philippe.

Jeudi (10 heures 1/2) : Electrodiagnostic et électrothérapie. M. le docteur Huet.

Vendredi (10 heures) : Leçon de clinique. M. le professeur Raymond.

Samedi (10 heures 1/2) : Alternativement : Psychologie clinique. M. le docteur Janet. Examen des oreilles, du larynx et des yeux. MM. les docteurs Gellé, Cartaz et Sauvineau.

Conférences de médecine légale.

M. Thoinot, agrégé, commencera des conférences le lundi 9 novembre 1896, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Travaux pratiques de chimie biologique.

M. Hanriot, agrégé, chef des travaux chimiques, commencera les conférences et ouvrira les travaux pratiques de chimie biologique, le samedi 7 novembre 1896, à 8 heures du matin (laboratoire des travaux pratiques de chimie. Ecole pratique).

MM. les étudiants de 1re année sont obligés de suivre ces exercices : ils seront répartis, pendant le semestre d'hiver, en trois séries qui auront lieu à partir du samedi 7 novembre.

Il recevront une lettre de convocation individuelle.

Cours libres.

Manœuvres obstétricales. — M. Démelin : les lundis, mercredis et vendredis, de 3 heures 1/2 à 4 heures 1/2, à partir du 16 novembre (Ecole pratique-amphithéâtre Cruveilhier).

Pathologie et thérapeutique dentaires. — M. Dunogier : tous les jeudis, à 5 heures, à partir du 19 novembre (Ecole pratique-amphithéâtre Cruveilhier).

Affections des voies urinaires. — M. Lavaux : les mardis, jeudis et samedis, à 2 heures, à partir du 15 décembre (Ecole pratique-amphithéâtre Cruveilhier).

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Epreuve orale. — MM. Oppenheim, 18; B. Weill, 15; Esmonet, 13; Jousset, 16.

Total des points : MM. Oppenheim, 31; Jousset, 30; B. Weill, 27; Esmonet. 25.

Le concours se continue par la lecture des copies des candidats non militaires.

Anatomie. — MM. Boricaud, 13; Maurice Guillot, 12; Pochon, 10; Audistère, 10; Emile Larrieu, 13; Ballet, 11; Bluysen, 12; Croisier, 10; André, 12.

Pathologie. — MM. Fournié, 11; Rudaux, 15; Malartic, 12; Gauchery, 9; Cugnin, 9; Gentin, 11; Drouet, 10; Armand Bernard, 13; Monthus, 13; Nollet, 11; Pédeprade, 12; Guessarian, 6; Le Meignen, 12; Dardel, 9; Cahoche, 14; Léo, 12; Guilbaud, 12; Masbrenier, 13; Couvelaire, 14; R. Lahhé, 13.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Armand Lèvy, 4; Renoult, 11; Mortier, 7; Lorier, 16; Navarre, 5; Pelicier, 14; Perpère, 17; Tribaudeau. 13 1/2; G. Meynier, 8; Merle, 9; Ch. Mathieu, 7; Merklen, 14 1/2; Pestrelle, 6, Alfred Lévy, 16; Cointepas, 15; Boisseau, 9; Mallet, 8; Morin, 16; Duvernoy, 13; Bonneau, 18; Larger, 8; Lahorde 11; Jomier, 17 1/2; Hazard, 9; Fontanié, 18; Goillemet, 16; Boureille, 8; Dénommé, 7; Delbecque. 6; Bouchez, 18 1/2; Lacroix, 12; Gros-Dévaud, 12; Bidault, 18; Amhard. 18.

Pathologie. — MM. Lavergne, 14; Albert Lévy, 15; Delbecque, 7; Bouchez, 15; Aveline, 6; A. Leclerc, 19; Joccolton, 8; Amhard, 18 1/2; Clerc, 10; Dennecé, 14; Leroux, 5; Laborde, 10; Bloch, 14; Guérault, 15 1/2; Forget, 9; de Cazeneuve, 11; Cointepas, 13; Fabre, 13; Lehhard, 17; Fontanié, 17 1/2; Dénommé, 9; Esmonet, 19; Gachet, 14; Jomier, 19; Boidin, 16 1/2; Goillemet, 14; Jamet, 14; Fort, 12; Fehvre, 5; Durieux, 14 1/2; Alphonse Petit, 14; Tribaudeau, 17; Alfred Lévy, 15.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 45 7 Novembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr **F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de la coxalgie suppurée par le drainage de l'articulation à travers le grand trochanter, le col et la tête du fémur (tunnellisation du trochanter, du col et de la tête du fémur).

Par M. le Dr Quénu.

M. Delagénière a présenté au Congrès de Chirurgie dernier un travail intitulé : « Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage transtrochantérien. »

Son procédé consiste à créer une gouttière qui longe le hord supérieur du col et de la tête fémorale, en échancrant le grand trochanter à son hord supérieur, en évidant la tête et le col. Pour cela, après avoir fait une incision analogue à celle de Langenbeck, Delagénière dissocie les fibres du grand fessier pour pénétrer jusqu'aux muscles pelvi-trochantériens, puis, écartant le pyramidal et le moyen fessier, il fend la capsule en T et commence alors seulement le temps d'évidement osseux.

J'ai pratiqué, en 1884, pour la première fois, une opération analogue que j'ai répétée depuis, et qui m'a donné de hons résultats; la présentation de notre collègue m'engage à publier ma première observation.

J'ai fait cette première opération pendant un remplacement à l'hôpital Tenon, au mois de mars 1884, et je présentai le petit malade en honne voie de guérison à M. Championnière, lorsqu'au mois de juin de la même année il reprit son service.

R..., Alphonse, âgé de 11 ans, entra, le 2 juillet 1883, salle Lisfranc, n° 1, dans le service de M. Championnière, pour une coxalgie qui datait d'une chute faite dans les fortifications au mois de juin précédent. Une série d'appareils silicatés furent appliqués, et je trouvai le petit malade dans l'état suivant au mois de janvier 1884 : Les moindres mouvements éveillent des crises douloureuses et arrachent des cris à l'enfant, la cuisse est en flexion avec rotation en dehors, l'état général est très altéré, le facies est pâle, amaigri.

Le 6 février, il se produit de la fièvre et il se forme un ahcès à la face externe de la cuisse, un peu au-dessous du grand trochanter.

Le 20 mars, je pratiquai l'opération suivante :

Après avoir mis à découvert le grand trochanter et l'avoir ruginé par une incision courhe, je pratiquai l'évidement large de ce grand trochanter, puis je creusai en tunnel le col fémoral et la tête fémorale jusqu'à l'articulation.

L'incision fut ensuite prolongée en has, et dans le tiers supérieur de la diaphyse fémorale, une résection à la pince coupante ne laissa qu'une lame de tissu compacte, représentant environ le tiers interne de cette diaphyse : les deux tiers externes du corps de l'os, y compris le grand trochanter, étaient détruits, il ne restait donc que cette hande osseuse supportant le col et la tête fémorale tunnellisés; après un nettoyage à la curette, des trajets fistuleux et attouchement au chlorure de zinc, un drain fut placé dans l'articulation, à travers le trochanter, et la plaie fut réunie.

Pansement de Lister, appareil plâtré prenant le hassin et tout le memhre inférieur.

Le pansement phéniqué amena un peu d'érythème, l'état général s'améliora très rapidement. Le drain est supprimé dès le 18 mars; au milieu d'avril, l'enfant se lève avec des héquilles, toujours muni de son appareil plâtré; il ne souffre plus, mange et dort hien. Son état est des plus satisfaisants lorsque je le présente à M. Championnière, il ne reste qu'un tout petit trajet fistuleux ne donnant presque rien. Les parents emmènent leur enfant le 12 juin.

J'ai souvent, depuis, recommandé à mes élèves ce moyen bien simple de pénétrer jusqu'à l'articulation coxofémorale pour évacuer le pus des abcès sans perte de sang, sans grand dégât, je l'appelle la tunnellisation du col et de la tête du fémur. Il n'est applicable, hien entendu, qu'aux cas où la tête n'est pas luxée hors de la cavité cotyloïde. Ici la résection seule conviendrait. Je pense qu'il n'est pas nécessaire de passer au-dessus du col fémoral et d'écarter les muscles pour hien drainer l'articulation; la tunnellisation, ne laissant que l'écorce compacte du col et de la tête, a ce grand avantage d'être facile et de ne nécessiter aucune

section musculaire, aucune perte de sang, ce qui a bien son importance vu l'état des jeunes malades qu'on est appelé à opérer.

Voici la communication de M. Delagénière à laquelle M. le Dr Quénu fait allusion :

Nouveau traitement de la coxalgie par l'arthrotomie, l'évidement de la tête et du col du fémur et le drainage trans-trochantérien.

Par Henri Delagénière (du Mans).

En présence des résultats médiocres, obtenus par la résection de la hanche dans la coxalgie, et en me fondant sur ce fait que la lésion tuberculeuse a son siège prédominant dans l'épiphyse du fémur, je me suis demandé si l'évidement de cette épiphyse et le drainage articulaire à travers le col et le grand trochanter ne donnerait pas des résultats aussi bons que ceux de la résection, au point de vue de la vie de l'individu, et meilleurs au point de vue orthopédique.

J'ai adopté la technique suivante : Je fais une incision analogue à celle de Langenbeck, mais descendant plus bas sur la cuisse environ à 2 centimètres au-dessous de la base du grand trochanter. Cette incision doit mesurer 15 centimètres environ. Je dissocie les fibres du grand fessier pour pénétrer jusqu'aux muscles pelvi-trochantériens; j'écarte le pyramidal et le moyen fessier, puis pratique une incision du périoste depuis le cotyle jusqu'à la base du grand trochanter, y compris les faces interne et externe de cette saillie osseuse; la capsule articulaire est largement fendue en T pour permettre l'exploration de l'articulation. Je décolle ensuite le périoste de chaque côté de l'incision, afin de faire une opération *sous-périostée*. J'excise en encoche le bord supérieur du grand trochanter jusqu'au bord supérieur du col; avec les pinces gouge, j'évide le col jusqu'à la tête; j'évide ensuite la tête dont j'enlève une portion de cartilage articulaire dans le point qui correspond à l'évidement. Je termine enfin par l'évidement du grand trochanter que je poursuis jusqu'à 1 centimètre au-dessous de sa base, afin de créer une gouttière d'évidement régulièrement déclive et suivant la direction de l'éperon de Merkel.

L'opération est terminée en réunissant les parties molles au-dessus de la gouttière creusée, après avoir mis au fond de celle-ci un tube métallique, dont l'extrémité interne est dans l'articulation et dont l'extrémité externe est fixée à la peau. Ce drain métallique sera laissé jusqu'à la guérison du malade.

J'ai pratiqué deux fois cette opération pour des coxalgies suppurées très graves; les deux malades ont vu rapidement cesser leurs accidents et se sont rétablis rapidement.

Les conclusions qu'il me semble pouvoir tirer de ces faits sont les suivantes : 1° l'opération est simple et facile; 2° elle paraît exempte de gravité; 3° le drainage de l'articulation malade et de l'épiphyse est obtenu définitivement; 4° la hanche conserve sa forme et une partie de ses mouvements.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des suppurations à distance dans l'appendicite.

Par Emile Piard, ancien externe des hôpitaux.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS D'ABCÈS A DISTANCE

Au début de ce chapitre, il nous faut faire d'emblée une distinction qui limite et précise notre sujet.

Certains abcès de l'appendicite ne siègent pas au niveau de la fosse iliaque droite et sont pourtant des abcès immédiatement périappendiculaires.

On peut les observer dans tous les cas où l'appendice ne garde pas sa place normale, soit par suite de disposition congénitale, soit par suite d'adhérences liées à une première poussée périappendiculaire qui l'ont attiré et fixé en des points variables.

Ces abcès ont été très exactement décrits par Gerster, qui les divise en cinq variétés suivant la direction que peut affecter l'appendice.

Nous n'insisterons pas sur leur étude, réservant pour le diagnostic les quelques traits qui les différencient des diverses variétés de nos abcès.

Les abcès à distance que nous étudions se spécialisent précisément par cette particularité que, quel que soit leur siège, fût-il même celui du cæcum normal, ils sont distincts du foyer appendiculaire, sans connexion apparente avec lui, méritant le nom d'abcès métastatiques, quelle que soit la valeur qu'on attache à ce terme.

Ces abcès occupent les points les plus variés, ils sont intra ou sous-péritonéaux, siègent dans la paroi abdominale ou dans les organes éloignés, et pour tenter une étude claire de leurs différentes espèces, le seul procédé qui s'offre à nous est de les décrire par séries, suivant les tissus où ils se développent et suivant le degré de proximité qu'ils présentent avec le foyer appendiculaire qui nous éclaire sur leur origine; nous irons ainsi du plus connu à l'inconnu.

CHAPITRE PREMIER

ABCÈS A DISTANCE DU TISSU CELLULAIRE ILIAQUE CIRCONSCRIT OU DIFFUS

Une première série d'abcès à distance dans l'appendicite a été connue de tout temps; ces abcès, partant de la fosse iliaque, suivent les traînées de tissu cellulaire sous-péritonéal, se portent en haut vers la région lombaire, venant saillir au triangle de S.-L. Petit, ou envahir l'atmosphère péritonéale pour constituer de véritables phlegmons périnéphrétiques, fusent en bas, soit au-dessus du fascia iliaca pour s'arrêter à l'arcade crurale, soit dans le canal iliaque même jusqu'à la partie supéro-interne de la cuisse, ou bien se dirigeant en dedans, descendent sous le péritoine dans le petit bassin, dédoublent les feuillets du ligament large, simulant une collection d'origine génitale.

La description de ces abcès a été faite de tout temps, et nous hésiterions à les ranger parmi les abcès à distance de l'appendicite tels que nous les comprenons, s'ils ne constituaient, par les variétés anatomiques mêmes qu'ils présentent, une transition naturelle, pour ainsi dire, entre l'abcès périappendiculaire simplement étendu et diffusé et l'abcès métastatique proprement dit.

Ces abcès, en effet, ne constituent jamais qu'une extension d'un foyer primitivement iliaque par fusées purulentes suivant les traînées de tissu cellulaire. Mais l'abcès iliaque lui-même, dont ils émanent, est quelquefois le foyer périappendiculaire, quelquefois aussi, une collection développée après lui et en dehors de lui, ainsi que nous l'enseigne l'anatomie normale et pathologique.

Dans les cas rares, exceptionnels, où le cæcum non entièrement couvert de péritoine est en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque sur lequel il repose, c'est dans ce tissu et non dans le péritoine que l'abcès périappendiculaire se développe. Les fusées de cet abcès

périappendiculaire ne sont alors que son extension et ne constituent pas des abcès distincts, ce que nous avons appelé des abcès à distance.

Beaucoup plus souvent la collection périappendiculaire se développe dans le péritoine qui enveloppe l'appendice, le tissu cellulaire de la fosse iliaque ne participe pas primitivement au processus phlegmasique, il n'est touché que tardivement et secondairement à l'infection voisine, grâce aux connexions lymphatiques et veineuses qui solidarisent plus ou moins la circulation péritonéale et la circulation pariétale, connexions augmentées par le travail de néoformation membraneuse qui aboutit à l'enkystement de la péritonite périappendiculaire. L'abcès du tissu cellulaire évolue ainsi à part et à la suite de l'abcès péritonéal, constituant parfois le phénomène clinique prédominant, persistant après l'extinction même du foyer primitif.

Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : des observations précises nous autorisent à affirmer que l'abcès de la fosse iliaque avec diverticules lombaire ou pelvien est tantôt une simple propagation périappendiculaire, tantôt un vrai abcès métastatique de l'appendicite.

C'est ainsi que Schuchardt, de Stettin (Congrès de Chirurgie allemand 1890), rapporte deux cas de pérityphlite opérés par lui où il n'a constaté qu'un processus phlegmoneux du tissu rétro-cæcal. Dans la cavité abcédée il ne put trouver ni matière fécale, ni appendice vermiculaire. Il en conclut que très souvent l'appendicite crée un vrai phlegmon du tissu cellulaire iliaque, à distance de l'organe malade et que ces cas devraient être dénommés *paratyphlites*.

Il insiste, d'ailleurs, sur le peu d'éclat de l'affection, sur sa marche insidieuse ; dans ces cas, malgré la présence du pus, la température ne dépassait pas 38°4.

Gérard Marchant (Société de Chirurgie, 24 juillet 1895) cite quatre cas analogues, dans lesquels il constata une collection purulente développée dans le tissu cellulaire, en dehors du péritoine, sans rapport apparent avec l'appendice et tendant à fuser vers la région lombaire. Il note également, comme Schuchardt, l'évolution latente de ces abcès.

Reclus, enfin (Société de Chirurgie, 16 octobre 1895), raconte qu'allant à la recherche d'un abcès périappendiculaire, il ouvre le péritoine, résèque l'appendice malade enveloppé d'adhérences, referme la séreuse et trouve en dehors d'elle une collection purulente nettement située à distance et présentant sa poche principale dans le petit bassin.

En opposition et en regard de ces faits, Jalaguier (Société de Chirurgie, 9 mars 1895) rapporte qu'incisant une vaste collection lombaire développée dans le tissu cellulaire depuis la fosse iliaque jusqu'à l'espace sous-pleural droit, il donna issue à un pus fécaloïde dont la nature implique une connexion directe entre l'appendice perforé et la nappe conjonctive iliaque. — Les observations analogues sont, d'ailleurs, loin d'être rares.

Ces faits nous permettent de conclure en toute sécurité que le phlegmon du tissu cellulaire iliaque développé dans le cours d'une appendicite est tantôt un abcès en continuité avec le foyer appendiculaire — tantôt un abcès à distance, complètement indépendant, une véritable paratyphlite selon l'expression de Schuchardt, constituant l'espèce de transition la plus nette entre l'abcès classique de l'appendicite et les suppurations éloignées que nous avons entrepris de signaler et de décrire.

Cliniquement, ces abcès à distance présentent quelques particularités intéressantes à noter, même si leur siège limité à la fosse iliaque impose au chirurgien l'idée de leur point de départ cæcal.

Schuchardt et Gérard Marchant signalent, en effet, l'insidiosité de leur début, le faible degré de l'élévation thermique, la lenteur de leur évolution, se produisent un temps plus ou moins long après l'apparition des troubles intestinaux dont ils dérivent.

Ce caractère est plus frappant encore quand la collection ne demeure pas franchement iliaque, que sa naissance dans la région reste même douteuse et que les signes qui attirent l'attention sont ceux d'un abcès de siège plus ou moins éloigné venant pointer vers le bassin ou vers les lombes.

La réduction au minimum des signes intestinaux et péritonéaux dans quelques-uns de ces cas, la longue durée qui s'est écoulée entre la période d'existence de ces symptômes et la constatation de ces collections plus ou moins éloignées de la fosse iliaque, pourront parfaitement égarer le diagnostic en dehors d'une enquête minutieuse.

Ces abcès, en effet, peuvent fuser très loin de leur point de départ et leur poche principale se développer en un point très éloigné de celui-ci, si bien que l'examen clinique est souvent impuissant à fixer leurs connexions sans le secours de la constatation opératoire.

Ils présentent trois variétés : lombaire, pelvienne et crurale.

La variété lombaire est relativement la plus fréquente. la plupart des chirurgiens en ont observé des cas qui ont appelé une incision postérieure : Gérard Marchant déclare qu'il a trouvé plusieurs fois des saillies lombaires (Société de Chirurgie, 24 juillet 1895) et constaté leur point de départ dans une infection du tissu cellulaire iliaque. — Schwartz (Société de Chirurgie, 31 juillet 1895) rapporte l'observation d'une collection lombaire incisée par lui, qui est restée deux ans fistuleuse. — Quénu (Société de Chirurgie, 15 octobre 1895) signale un cas où une collection lombaire s'est développée et a nécessité l'intervention, quelques jours après une incision blanche au-dessus de l'arcade de Fallope.

Dans quelques circonstances cette collection lombaire peut remonter très haut jusqu'au thorax, comme une observation de Jalaguier (Société de Chirurgie, 9 mars 1892) en est un très bel exemple.

La variété pelvienne serait plus riche encore que la variété lombaire, si beaucoup de faits ne devaient être rapportés à des collections intra-péritonéales. Le départ entre les abcès intra ou extra-péritonéaux n'a pas été fait par la plupart des auteurs. Toutefois, la réalité de ces derniers est bien établie par l'observation de Reclus (Société de Chirurgie, 16 octobre 1895) que nous avons signalée plus haut et où l'incision lui permet de constater l'intégrité du péritoine et l'existence d'un gros abcès pelvien en dehors de lui.

D'ailleurs, sans insister sur le siège précis de l'abcès pelvien, tous les opérateurs sont d'accord sur la fréquence de cette complication : Tuffier, Michaux, Monod, Quénu,

Bazy, l'ont constatée et, à la séance du 16 octobre 1895 de la Société de Chirurgie, beaucoup de chirurgiens émettent, conformément à l'opinion de M. Tuffier, l'avis qu'il faut la rechercher systématiquement par le toucher rectal.

La variété crurale, la plus anciennement connue, paraît aujourd'hui la plus rare, nous nous contenterons de signaler que l'abcès vient faire saillie à la partie supérieure de la cuisse en suivant le canal iliaque ou la gaine des vaisseaux fémoraux. Schwartz (Société de Chirurgie, 5 juillet 1893) rapporte qu'il a dû inciser un abcès crural ayant cette origine. La collection s'impose à la vue et au palper : les circonstances qui l'accompagnent peuvent permettre d'établir son diagnostic étiologique.

Baucbet (Thèse de Pravaz, Lyon 1888) signale un cas analogue où le pus suivant l'artère crurale était venu pointer à la partie supérieure de la cuisse.

Dans tous ces cas, l'intervention chirurgicale seule permettra de fixer exactement la nature de la lésion causale et établira du même coup les rapports avec l'appendice : tantôt celui-ci s'ouvrira dans le foyer purulent qui contiendra un pus d'odeur fécaloïde et souvent des débris stercoraux et, suivant l'absence ou la présence de lésions péritonéales concomitantes, on considérera ces abcès comme dus à un défaut d'enveloppement de l'appendice par la séreuse et par une infection primitive du tissu cellulaire iliaque ou comme résultant de l'infection secondaire de ce tissu, par effraction de l'abcès périappendiculaire primitivement péritonéal (1).

Tantôt on ne trouvera pas l'appendice dans le foyer purulent exempt de toute particule stercorale et si l'on ouvre le péritoine pour rechercher la cause probable du mal, on y trouve l'appendice malade au milieu d'un foyer purulent indépendant ou simplement serti de fausses membranes : c'est à cette dernière catégorie d'abcès véritablement métastatiques qu'appartiendra l'évolution insidieuse et lente sur laquelle nous avons insisté.

L'appendice semble donc jouer, dans les suppurations iliaques, le rôle de la trompe dans les suppurations pelviennes de la femme.

Il peut infecter directement, par la perforation, le péritoine ou le tissu cellulaire, ou bien le tissu cellulaire voisin peut subir, par suite de l'infection appendiculaire, une atteinte secondaire et connexe plus tardive et plus insidieuse, probablement par l'intermédiaire des lymphatiques.

On pourrait recommencer, à ce sujet, les discussions qui ont marqué l'histoire des phlegmons du ligament large et de la pelvipéritonite sur le rôle des infections tubaires et lymphatiques et sur leur importance respective. Cette discussion est close aujourd'hui : il serait inutile de la rouvrir à propos d'un autre organe et il convient de profiter des enseignements passés pour reconnaître que, comme la trompe, l'appendice enflammé joue le rôle d'agent provocateur de lésions diverses, créant par des mécanismes différents, tantôt directement, tantôt à distance, des lésions suppuratives dans la connaissance desquelles les notions pathogéniques cèdent le pas aux localisations anatomiques en ce qui concerne le traitement.

Celui-ci consiste toujours idéalement à supprimer la cause, c'est-à-dire l'appendice, après avoir paré aux effets, c'est-à-dire aux abcès, quels que soient le mode de leur production et leur indépendance relative à l'égard de la lésion initiale.

En somme, nous pouvons conclure pour terminer ce chapitre :

Que l'appendicite crée, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, des phlegmons qui peuvent se montrer dans la région lombaire et jusqu'au thorax, dans le petit bassin et à la région supérieure de la cuisse;

Que ces phlegmons sont toujours phlegmons par propagation du tissu cellulaire iliaque primitivement enflammé au tissu cellulaire des régions environnantes;

Qu'ils résultent tantôt de l'extension simple du foyer initial périappendiculaire, tantôt de l'extension d'un foyer secondaire indépendant, métastatique, et constituent alors de véritables abcès à distance, de la façon dont nous l'entendons;

Que dans ce dernier cas leur début est insidieux, leur marche lente, que leur localisation éloignée peut, par suite, faire perdre de vue leur point de départ réel, qu'enfin on ne trouve dans leur cavité ni débris stercoraux ni appendice perforé.

CHAPITRE II

ABCÈS A DISTANCE DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE

Le fait sur lequel nous désirons attirer l'attention dans ce paragraphe est la fréquence relativement grande des cas dans lesquels on trouve dans la cavité péritonéale, en dehors d'un foyer périappendiculaire, des collections créées d'après un mode identique, c'est-à-dire par une péritonite circonscrite, et complètement indépendantes de ce foyer.

Il est presque inutile d'insister sur l'importance de cette disposition au point de vue de l'intervention. Il est intéressant de rechercher les circonstances où elle se présente, les symptômes qui la signalent et le pronostic qu'elle comporte.

Nous ne parlerons pas des cas où la collection périappendiculaire se trouve en connexion directe avec d'autres poches purulentes étendues, c'est là un fait banal qui ne comporte aucune conséquence pathogénique ni clinique ; c'est surtout du côté du petit bassin qu'on trouve cette disposition extensive, l'action seule de la pesanteur suffit à l'expliquer, mais alors l'intervention portant sur le foyer iliaque mènera forcément sur le diverticule pelvien : les deux seront ouverts du même coup, il importe seulement de connaître la possibilité de ce mode d'abcès péritonéal, pour le rechercher par le toucher rectal avant l'intervention et avec le doigt introduit dans la poche primitive au moment de l'ouverture de celle-ci.

Nous signalerons simplement, quel que soit leur intérêt, les abcès de siège anormal dus à une disposition particulière de l'appendice : ils imposent un mode d'intervention spécial suivant leur variété, mais ils ne constituent pas à

(1) Cette disposition a été observée nettement par M. Schwartz (Société de Chirurgie, 9 avril 1896), qui signale un abcès en bouton de chemise, survenu chez une malade atteinte d'accidents de typhlite stercorale pour la seconde fois. Il trouve dans le cours de l'intervention une poche sous-péritonéale et une poche iliaque péritonéale autour du cæcum.

nos yeux, nous l'avons dit, des abcès à distance proprement dits ; nous aurons d'ailleurs à revenir sur quelques points curieux de leur histoire à propos des suppurations de la paroi abdominale.

Les abcès réellement indépendants des phlegmons périappendiculaires présentent un intérêt plus neuf.

En recherchant les circonstances où différents auteurs les ont observés, nous voyons qu'elles sont de deux ordres opposés.

On a trouvé ces abcès dans des cas d'appendicite perforante à marche aiguë et ils évoluent alors rapidement, en même temps que l'abcès local.

On les a trouvés aussi dans des cas d'appendicite à rechute, à marche lente, avec ou sans perforation, et ils manifestent alors leur présence tardivement, par une recrudescence des phénomènes péritonéaux survenant plus ou moins longtemps après l'évacuation du foyer local.

A la première catégorie appartiennent des faits nombreux rapportés aux séances de la Société de Chirurgie des 17 et 24 juillet 1895 par Brun, Nélaton, Routier ; au 9e Congrès de Chirurgie français, par Mauny, de Saintes ; à la Société de Chirurgie, par Terrier, 8 juin 1892.

A la seconde catégorie se rapportent des observations de Chupin (Rapport de Chauvel, Société de Chirurgie, octobre 1893), de Brun, de Jalaguier (Société de Chirurgie, mars 1892), de Monod (Société de Chirurgie, 25 juillet 1894), de Siraud (*Gazette des Hôpitaux*, 14 juin 1892), de Legg (Thèse de Berthelin, Paris, 1895), enfin trois observations de pyopneumothorax sous-phrénique contenues dans la thèse de Grandsire.

Au point de vue anatomopathologique, ces abcès sont variables comme siège, comme nombre et comme volume.

On les a trouvés entre les anses d'intestin grêle à peu de distance du cæcum (Terrier), dans le petit bassin, à la partie supérieure de la vessie (Brun), dans la fosse iliaque gauche (Monod, Chupin), au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse (Jalaguier), sous le diaphragme (Siraud, Leeg, Eisenlohr, Starck, Salzwedel, Scheurlein).

Le nombre de ces abcès varie comme le siège, on peut en trouver plusieurs disséminés en divers points ; dans la plupart des observations, on n'en note qu'un à côté de l'abcès initial.

Le volume présente des degrés nombreux ; à côté de petits abcès contenant une cuillerée de pus on trouve de vastes collections comme celle qu'a ouverte Jalaguier à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse qui se prolongeait de 3 centimètres sur ce dernier, comme les vastes abcès sous-diaphragmatiques que décrivent Eisenlohr et Starck.

Sous le rapport de leur constitution, ces abcès se présentent comme des péritonites enkystées, grâce à l'agglutination par des fausses membranes des organes entre lesquels ils se développent : les anses d'intestin grêle, la vessie, le grand épiploon, l'estomac et le diaphragme contribuent à constituer leur paroi.

Souvent une traînée de péritonite plastique les relie à distance du foyer péricæcal concomitant, de telle sorte que cette forme d'infection péritonéale mérite bien le nom de péritonite enkystée à foyers multiples que lui a donné Nélaton.

Ces abcès secondaires évoluent pour leur propre compte et se comportent comme l'abcès primitif, c'est-à-dire qu'ils tendent à s'évacuer suivant leur situation au dehors ou dans les organes voisins. Ils peuvent aussi s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale et créer une péritonite généralisée.

La physiologie pathologique de ces collections a été récemment discutée à la Société de Chirurgie ; presque tous les auteurs sont d'accord (Brun, Nélaton, Gérard Marchant, Jalaguier, Regnier) pour les attribuer à une sorte de septicémie péritonéale plus ou moins généralisée, qui constituerait l'intermédiaire entre la péritonite enkystée et la péritonite générale d'emblée.

Cette opinion s'appuie sur la symptomatologie qui se rapproche de celle de la péritonite généralisée et sur l'anatomie pathologique qui montre entre les foyers suppurés des traînées de péritonite plastique témoignant de la participation de toute la séreuse à l'infection qui la touche : en certains points où il semble se concentrer, le processus aigu aboutit à la suppuration, en d'autres il ne peut créer que de fausses membranes.

Peut-être la seule virulence atténuée de l'agent infectieux différencierait-elle la forme aiguë de la forme chronique, ces deux formes répondant à une même espèce de réaction anatomique. Peut-être dans cette dernière faudrait-il faire intervenir un transport à distance par les lymphatiques : c'est l'opinion à laquelle se rattache Grandsire (Thèse de Paris, janvier 1895), au sujet du pyopneumothorax sous-phrénique. Les deux manières de voir peuvent être défendues surtout pour ce qui a trait à cette forme d'abcès péritonéal.

En ce qui concerne la symptomatologie, nous décrirons deux formes de ce genre d'abcès à distance : la forme aiguë et la forme chronique.

Les signes de la forme aiguë se rapprochent notablement de ceux de la péritonite aiguë par perforation appendiculaire : même début instantané par une douleur brusque parfois précédée pendant quelques jours de constipation et d'inappétence, de vomissements, de douleurs vagues ; même gravité des phénomènes généraux rappelant le collapsus de la péritonite : petitesse du pouls, anxiété respiratoire, facies péritonéal, langue sèche ; même forme de phénomènes abdominaux, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz, signes de pseudo-étranglement intestinal ; même inconstance de l'élévation thermique, dont le degré n'est nullement en proportion du danger qui menace la malade.

Toutefois, dans la forme qui nous occupe, les phénomènes locaux sont plus appréciables ; on observe un empâtement iliaque profond, dur, augmentant rapidement, évoluant vite vers la suppuration, se manifestant à droite au niveau de l'appendice, témoignant d'une certaine tendance à la localisation de l'infection.

L'opinion est unanime sur la valeur de ce syndrome et nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les propres paroles des auteurs, grâce auxquelles nous pouvons préciser ce tableau clinique :

Nélaton (Société de Chirurgie, 24 juillet 1895) qui, le premier, individualise la « péritonite enkystée à foyers multiples », signale comme signes différentiels de cette espèce clinique avec la péritonite généralisée : la moindre at-

teinte de l'état général, l'absence de dissociation du pouls et de la température, l'existence de constipation et de vomissements pouvant faire croire à une obstruction intestinale, l'empâtement profond de la fosse iliaque droite coexistant avec le ballonnement du ventre.

Jalaguier (Société de Chirurgie, 31 juillet 1895) insiste dans le même sens, en décrivant la variété clinique qui nous occupe sous le nom de péritonite septique diffuse, qu'il oppose à la péritonite généralisée. « En résumé, » dit-il, dans la première forme, les symptômes sont atté- » nués, tandis qu'ils sont plus accusés et plus nets dans la » deuxième. »

Reynier (Société de Chirurgie, 21 juillet) reconnaît aussi la possibilité d'abcès multiples et pense qu'il faut recourir, si l'on a lieu d'y penser, à la laparotomie médiane.

Mauny, de Saintes (9e Congrès de Chirurgie français), pense que, dans des cas analogues, on ne devra pas au point de vue de l'intervention, se laisser guider par la fluctuation et l'élévation de température, signes qui font souvent défaut, mais qu'on tiendra compte des frissons, de l'empâtement profond, de l'état général, des signes de réaction péritonéale, et surtout des phénomènes d'obstruction intestinale qui compliquent souvent la scène.

Par toutes ces citations, il nous semble que la forme d'appendicite que nous décrivons a acquis, en quelque sorte, droit de cité. Quelle est donc son évolution en dehors et à la suite de l'intervention ?

Si l'opérateur n'intervient pas, l'issue est certainement fatale ; en quelques jours, le collapsus, les symptômes d'étranglement interne amènent la mort ; même au cas où la collection primitive de la fosse iliaque droite s'ouvrirait spontanément au dehors, l'évolution des autres abcès entraîne un état de septicémie plus ou moins rapide, dont l'issue peut être hâtée par l'ouverture d'un abcès dans un des organes qui les enveloppent ou dans le péritoine lui-même.

L'intervention elle-même n'empêche pas toujours cette évolution si elle est incomplète, et elle le demeure souvent forcément en raison de la latence des foyers secondaires qui peuvent échapper à la vue, même après la laparotomie. Dans ces cas, après la rémission qui suit l'évacuation du foyer principal, les phénomènes s'aggravent de nouveau et la mort survient par des mécanismes variables, tantôt par les progrès de la septicémie, tantôt par suite de l'ouverture d'un abcès dans la grande cavité péritonéale qui donne lieu à une péritonite purulente généralisée, tantôt par l'intermédiaire d'une nouvelle lésion due à l'issue dans un des organes creux de l'abdomen.

Souvent jusqu'à la mort, la cause de la persistance des accidents reste cachée et l'autopsie seulement révèle la présence de collections que l'opérateur n'avait pu atteindre : c'est ainsi que Nélaton et Ferrier ont trouvé chacun, chez des malades opérés par eux, un foyer complètement distinct au milieu des anses intestinales, et Nélaton un foyer indépendant, en rapport avec la partie supérieure et gauche de la vessie.

L'intervention, pourtant, a pu aboutir à la guérison, mais alors c'est bien rarement l'incision inguinale classique qui suffit; presque toujours la laparotomie médiane a été l'incision voulue ou indiquée. Même avec cette incision faite largement, des foyers ont pu passer inaperçus au chirurgien qui hésite à rompre les adhérences limitantes du premier abcès ouvert : cela s'explique bien aisément, puisque le foyer secondaire peut siéger jusqu'à 30 centimètres de la région cæcale ainsi que Poirier en signale un fait à la Société de Chirurgie (Société de Chirurgie, 31 juillet 1895).

Le pronostic de la péritonite enkystée à foyers multiples est donc très grave, en raison de la rapidité de son évolution et des difficultés opératoires qu'elle fait naître. Il paraît moins grave toutefois que celui de la péritonite générale d'emblée, si l'intervention est effectuée en connaissance de cause: c'est cette conviction fondée sur des faits personnels qui a poussé M. Jalaguier à en préciser autant que possible les symptômes pour montrer la voie à l'opérateur.

Nous examinerons plus tard, dans un chapitre d'ensemble, quelle est la conduite que semble en pareille circonstance lui imposer la connaissance des faits.

La forme chronique des abcès péritonéaux à distance s'écarte assez notablement de la forme aiguë sous le rapport des symptômes.

Dans cette dernière, l'abcès primitif périappendiculaire évolue sans rien de bien particulier. Il appelle une incision qui paraît amener à la guérison quand, au bout d'une période dont la durée n'a rien de fixe et s'étend de quelques jours à quelques semaines, l'apparition de nouveaux symptômes fébriles et de phénomènes locaux de douleur et de tuméfaction appelle l'attention en un point différent de l'abdomen ou de la base du thorax quand il s'agit de pyothorax sous-phrénique.

L'abcès nouveau dont ces phénomènes signalent l'apparition évolue comme les autres variétés d'abcès vers l'évacuation au dehors, dans un organe de l'abdomen, et peut aboutir à la guérison par évacuation spontanée ou chirurgicale ou à la mort par péritonite ou septicémie.

Son évolution plus tardive, plus distincte, le fait en quelque sorte apparaître en un relief plus marqué que l'abcès secondaire à marche aiguë ; il en résulte qu'il appelle plus directement sur lui l'attention du chirurgien et s'offre mieux à son instrument. Aussi l'intervention dans ces cas, parce qu'elle est plus limitée et plus directe, plus aisée par conséquent, donne-t-elle des succès plus constants ; les succès paraissent tenir aussi à la marche même de l'abcès qui témoigne que la séreuse s'est mise en état de défense contre l'infection qui l'a touchée et n'a cédé tardivement qu'en un point.

Pour toutes ces raisons, le pronostic des abcès tardifs nous semble moins sombre que celui des abcès aigus, à condition que leur diagnostic soit établi suffisamment pour guider le bistouri et ce diagnostic de localisation pourra être très difficile. Afin d'atteindre ces abcès, le chirurgien ne devra pas reculer devant une recherche lointaine du pus et agira comme Jalaguier qui dut remonter jusqu'à l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse pour découvrir et atteindre une collection dont il présumait le point de départ cæcal. (Société de Chirurgie, 9 mars 1892.)

De l'ensemble des faits qui précèdent la conclusion s'impose :

1° Qu'il existe dans le cours de l'appendicite des abcès intrapéritonéaux à distance du foyer primitif et complètement indépendants de ce foyer ;

2° Que ces abcès affectent dans leur évolution un processus aigu ou chronique;

3° Que chacun de ces modes se caractérise par des phénomènes particuliers qui permettent, sinon de diagnostiquer, au moins de les présumer;

4° Que les abcès aigus paraissent constituer une forme spéciale de septicémie péritonéale qu'on a justement nommée péritonite enkystée à foyers multiples et qui sert d'intermédiaire entre la péritonite généralisée et la péritonite circonscrite;

5° Que la connaissance de cette forme de réaction péritonéale à l'infection appendiculaire peut modifier et étendre l'intervention chirurgicale.

(*A suivre.*) (*Archives générales de Médecine.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

Traitement des prolapsus génitaux.

M. Bouilly (de Paris), étudiant la question du traitement des prolapsus génitaux, commence par indiquer les conditions qui président au développement de ces prolapsus.

Les prolapsus aigus des vierges et des nullipares, semblables à des hernies de force, sont des exceptions. Les prolapsus ordinaires sont dus à un état particulier des tissus du périnée, du vagin, de l'utérus et de ses ligaments, consécutif à l'accouchement et à la grossesse, après un temps plus ou moins long. Cet état particulier est constitué par une diminution de résistance des parties qui doivent maintenir les parois du vagin et de l'utérus, en même temps qu'elles s'opposent à la pression intra-abdominale.

Cet état se décompose en deux éléments qui sont: le premier, la déchirure et la distension des tissus; le second, les troubles de nutrition de ces tissus. Ces troubles de nutrition portent à la fois sur l'utérus et sur les parois vaginales qui subissent une mauvaise involution. Ces dernières n'ont plus ni force ni ténacité, et se laissent repousser et dérouler sous la poussée constante de la pression abdominale. A côté du vagin à parois grandes, flasques, comme privées de rapports et d'adhérences, on voit un utérus dont le volume et le poids s'augmentent sous l'influence d'une hyperplasie chronique. Il y a hypertrophie des lèvres du col, lui-même augmenté de longueur, surtout dans la portion sus-vaginale. Le col, de plus, descend et, en définitive, toutes les parties sont trop volumineuses, trop lourdes et mal soutenues. Les ligaments de l'utérus eux-mêmes sont distendus, et ainsi se constitue le prolapsus à ses divers degrés.

Tous ces troubles de nutrition, accompagnés de la descente des organes, sont portés à leur maximum lorsque des lésions traumatiques du périnée, du vagin et de l'utérus les ont préparés. C'est ainsi qu'il faut citer, dans cet ordre d'idées, la déchirure du corps périnéal, l'agrandissement de la fente vulvo-vaginale, la déchirure du col utérin. Mais ces phénomènes mécaniques ne sont pas tout dans la pathogénie du prolapsus; ils doivent se compliquer d'un état spécial de nutrition des tissus les prédisposant au relâchement et à la descente.

Ne voit-on pas les femmes atteintes de prolapsus présenter une surcharge graisseuse de l'abdomen, dont les masses musculaires sont dans bien des cas molles, flasques, relâchées? Ce sont des dégénérées du tissu musculaire, de vraies dystrophiques dont les organes ne peuvent être soutenus par des sangles suffisantes.

Le prolapsus débute en général par le manque de soutien inférieur, grâce à l'insuffisance du plancher vagino-périnéal, qui manque de résistance et de tonicité, et permet au vagin d'être autre chose qu'une cavité virtuelle formée par le contact de ses deux parois antérieure et postérieure. Il est beaucoup plus rare que le prolapsus soit dû à la descente primitive de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée. Mais plus tard, quel qu'ait été le début du prolapsus, les lésions ne différeront guère.

Le prolapsus génital peut être divisé en différents degrés qu'on peut ranger comme suit:

1° La colpocèle antérieure;

2° La colpocèle postérieure;

3° La chute du vagin avec abaissement de l'utérus et allongement hypertrophique sus-vaginal du col;

4° Le prolapsus du vagin et de l'utérus sans allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col.

Mais si on envisage le prolapsus au point de vue de son traitement on verra facilement qu'il vaut mieux distinguer deux variétés de prolapsus: 1° le prolapsus des parois vaginales, sans abaissement de l'utérus ou avec un faible abaissement de cet organe, justiciable des opérations dirigées seulement contre l'amplitude exagérée des parois et l'insuffisance du soutien inférieur; 2° les prolapsus totaux, comprenant la chute des parois vaginales avec l'utérus plus ou moins saillant à la vulve ou hors de la vulve, et, en général, hypertrophié en longueur, auxquels s'adressent les opérations visant le soutien inférieur de l'utérus.

L'allongement hypertrophique sous-vaginal du col doit être mis à part. C'est une lésion sans prolapsus à proprement parler. L'élongation du col est toute la maladie.

Les prolapsus génitaux se traitent par des méthodes de douceur, non sanglantes, et par des méthodes sanglantes, véritable traitement chirurgical.

Les méthodes de douceur comprennent un traitement dit médical, l'emploi des pessaires, la gymnastique spéciale et le massage.

Le traitement médical ne s'applique qu'aux cas légers et récents. C'est le repos prolongé au lit, la suppression des vêtements serrés, l'abstention de tout effort. Les gynécologues américains recommandent la position génu-pectorale sur une chaise longue à inclinaison, prise deux ou trois fois par jour pendant cinq à dix minutes, après lesquelles la malade garde le repos.

Le pessaire est un pis-aller qui ne trouve son indication que dans la contre-indication du traitement chirurgical. Il n'est vraiment utile que si le corps périnéal est encore suffisant pour prévenir l'expulsion de l'instrument au moindre effort. Il est plutôt utile dans les cas de prolapsus utérin que dans ceux de prolapsus vaginal. On a souvent vu le pessaire rendre de grands services quand les interventions opératoires n'avaient pas été exécutées. L'utilité des pessaires étant indéniable, ce sont les pessaires les plus simples, les plus faciles à manier qui doivent être employés de préférence. On n'aura ainsi recours qu'à des petits numéros, afin de ne pas exagérer la distension des parois du vagin. Une ceinture abdominale peut être un adjuvant utile au pessaire.

Enfin, Brandt a mis en honneur le traitement kinésithérapique, consistant en massage, en élévation de l'utérus et en mouvements gymnastiques spéciaux.

Le traitement chirurgical comprend de nombreuses méthodes. Les actes fondamentaux de ce traitement visent toujours et avant tout le plancher vagino-périnéal; les actes complémentaires se font du côté de l'utérus et augmentent d'importance avec ses lésions secondaires et son degré de descente. Les actes fondamentaux seront souvent suffisants; mais bien des malades aussi auront besoin des opérations complémentaires, qui seront énumérées dans le cours de ce travail.

Il s'agit pour le chirurgien de restaurer le périnée et de rétrécir l'orifice vulvo-vaginal. Il devra arriver à rétrécir et consolider les parois vaginales, à soutenir l'utérus et à l'empêcher de descendre.

La colporraphie antérieure isolée n'est que d'une utilité secondaire. En effet, le prolapsus vaginal antérieur ne se produit jamais sans défectuosité du périnée et de la paroi vaginale postérieure. Tout autre est la colpopérinéorrhaphie qui est l'opération de choix lorsque la paroi vaginale antérieure fait hernie hors de la vulve et que l'utérus a subi une descente qui le rapproche de l'orifice vulvaire. La double colporraphie latérale de Fehling, qui laisse entre deux parties avivées une bande de tissu sain correspondant à la colonne antérieure du vagin, a de son côté l'avantage de ne pas trop tendre les lignes de réunion, de ne pas tirailler les sutures.

Le rétrécissement des parois vaginales a été recherché par les moyens les plus différents. Certains auteurs ont même eu recours dans ce but à des procédés non sanglants, difficiles encore à juger. D'autres, comme Freund et Jacobs, ont imaginé des opérations peu sanglantes telles que la colpo-desmorraphie, qui rétrécit le vagin par une série de sutures au fil d'argent parcourant circulairement les parois vaginales, telles que la colpostricture qui use de crins de Florence fronçant la muqueuse comme un lacet.

Mais M. Bouilly considère comme infiniment supérieure à toutes les autres interventions dans les cas de prolapsus au premier et au deuxième degrés, c'est-à-dire de prolapsus vaginal et prolapsus vagino-utérin, sans élongation de l'utérus, la colpopérinéorraphie, genre Hégar, avec modification plus ou moins personnelle dans le mode d'avivement et de suture. Il ne faut pas se borner à ne viser que la muqueuse vaginale, mais aussi relever et ramener les éléments musculaires dissociés du vagin et du périnée. Il faut que l'opérateur refasse un plan résistant et épais, et qu'il transforme la cloison recto-vaginale en une cloison tonique, condensée.

Plus complexes sont les opérations où le traitement ne vise pas uniquement le soutien inférieur de l'utérus, mais s'adresse aussi aux moyens de fixité supérieure de l'utérus ou à l'utérus lui-même.

Divers modes d'hystéropexie ont été appliqués à la cure des prolapsus. Le seul raccourcissement des ligaments ronds est insuffisant et l'opération d'Alexander ne peut, à elle seule, aboutir à soutenir un utérus auquel manque le soutien inférieur. La colpopexie indirecte, où trois fils sont passés dans la corne utérine et fixées au piliers inguinaux, doit être jugée de la même façon. Le raccourcissement des ligaments ronds n'est qu'une opération complémentaire, surtout recommandable quand il y a rétrodéviation de l'utérus en même temps qu'abaissement. De même pour l'hystéropexie.

On a proposé d'autres modes d'intervention, comme l'association de la cystopexie à la fixation de l'utérus, comme l'opération complexe désignée par Byford sous le nom de colpocystorraphie, comme la rétrofixation du col par le cul-de-sac postérieur. Ce sont des tentatives exceptionnelles et qui ne se sont pas généralisées.

Un point important dans l'étude du traitement opératoire des prolapsus génitaux est fourni par l'augmentation de longueur de l'utérus par élongation sus-vaginale du col, qui s'accompagne, le plus souvent, de lésions de la muqueuse chromiquement enflammée. Laisser persister un utérus trop long, trop lourd, à mauvaise circulation, constituerait une grave faute. Aussi, une amputation partielle élevée du col doit-elle s'associer avec les opérations plastiques vaginales. Après cette amputation, il se fait autour de l'utérus un travail de rétraction qui immobilise la portion sus-vaginale de cet organe. L'extirpation supravaginale élevée du col utérin, appliquée au prolapsus vagino-utérin avancé, est l'opération de choix. Combinée à la résection large du vagin et à la colporraphie antérieure et postérieure, cette intervention est préférable, comme l'a montré M. Chaput, à l'hystérectomie totale, plus bénigne que cette dernière et tout aussi efficace.

L'hystérectomie, en dehors des lésions avérées de l'utérus ou des annexes, ne doit être proposée qu'à la femme ayant dépassé la ménopause ou en étant assez rapprochée pour que la conception ne soit plus guère vraisemblable. Mais l'hystérectomie devra être suivie des opérations plastiques vaginales ordinaires, sous peine de devenir inutile.

L'hystérectomie est surtout indiquée quand l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement chez une femme ayant atteint la ménopause, et surtout dont la condition sociale nécessite une vie active. Elle est indiquée aussi dans les cas où l'utérus est petit, atrophié et complètement sorti de la vulve.

La technique opératoire diffère de celle de l'hystérectomie appliquée aux autres lésions de l'utérus ou de ses annexes. De nombreuses pratiques ont, du reste, été proposées, parmi lesquelles il convient de citer celle de Quénu, pour qui l'hystérectomie vaginale ne peut être efficace, dans les cas de prolapsus, qu'à condition d'être une véritable colpopexie. Ce qu'il y a de plus important, c'est de combiner l'hystérectomie avec une large résection vaginale, suivant le procédé de Fritsch, heureusement modifié par Pozzi.

Il est difficile encore de faire une statistique générale comparant les différents moyens qui ont été utilisés jusqu'ici. On ne saurait, en effet, faire abstraction de la distinction entre prolapsus complet et incomplet que visent les opérations employées habituellement, et les statistiques parues jusqu'à présent ne s'occupent pas de cette distinction.

L'orateur donne néanmoins lecture de quelques considérations permettant d'avoir une idée générale des résultats obtenus.

En ce qui concerne les opérations plastiques, M. Bouilly a vu que les meilleurs résultats s'obtenaient chez les femmes à tissus solides et résistants, même dans les cas de déchirures complètes du périnée. D'excellents résultats sont fournis aussi par les opérations plastiques combinées avec les amputations élevées du col. La récidive ne se fait jamais, quand elle se produit, pour l'utérus, mais bien pour la paroi antérieure ou postérieure du vagin; l'utérus immobilisé par la rétraction du tissu périutérin ne la suit pas.

Les colporraphies antérieure et postérieure et les colpopérinéorraphies donnent 90 0/0 de succès. Après une bonne restauration des parois vaginales, les malades sont tout à fait soulagées, et peuvent se livrer à leurs occupations, même si l'utérus reste un peu abaissé. Au point de vue de la forme extérieure, les résultats ne valent pas ceux fournis par l'étude du point de vue fonctionnel, et s'élèvent de 75 à 80 0/0.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre. — Présidence de M. Monod.

De l'extirpation du rectum cancéreux.

M. Quénu. — J'ai recherché une méthode facile et peu dangereuse pour l'extirpation du rectum, surtout quand il y a envahissement total de cet organe.

Les accidents sont en général fort à craindre après cette opération. La septicémie est le plus grave de tous ces accidents, et elle se produit avec une grande facilité, malgré les précautions antiseptiques qu'on peut prendre.

M. Chalot, dans l'observation qu'il a publiée à ce sujet, attribue la mort de son malade à l'urémie. Je ne suis pas bien sûr qu'il ne s'agisse pas dans ce cas de septicémie. Voici en quoi a consisté la méthode de M. Chalot :

Il a ouvert la paroi abdominale, et a commencé à lier l'artère mésentérique inférieure. Puis il a sectionné l'anse ω, a mis le bout supérieur dans la plaie, a fermé le bout inférieur et a fait l'extirpation par la voie ano-périnéale. Il est bien probable que par cette méthode, il n'a pu arriver à éviter les phénomènes

redoutables d'infection, ne serait-ce que par suite des différents changements de position qu'il a dû faire subir à son malade.

Je traite, pour le moment, une malade par un procédé spécial, dont je n'aurais pas encore parlé à la Société sans l'importante communication que M. Bœckel nous a envoyée à notre dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 31 octobre). L'opération telle que je la conçois actuellement se fait en deux fois, en séparant les deux interventions de quelques jours.

Je n'ai encore exécuté que la première partie de cette opération, me réservant de n'aborder la seconde que dans quelques jours.

Après avoir donné un simple lavement à ma malade, m'abstenant de la purger au préalable, j'incisai la paroi abdominale sur la ligne médiane, et je sortis l'anse ω. Je fis ensuite une incision sur le mésorectum, en un point libre de vaisseaux. Après l'avoir vidée de ses gaz, j'appliquai aux deux extrémités de la portion d'intestin correspondant à l'incision mésorectale deux ligatures élastiques. En même temps je pris les plus grands soins de propreté possibles, entourant l'intestin de compresses et bourrant de gaze iodoformée l'écartement laissé par les lèvres de l'incision du mésorectum. Puis l'incision de l'intestin fut pratiquée au thermo-cautère, et sa muqueuse fut longuement cautérisée des deux côtés pour que les surfaces soient rendues antiseptiques.

De ces deux bouts d'intestin, le bout supérieur fut suturé comme on suture un anus contre nature. Le bout inférieur fut invaginé vers le rectum, et le rectum libéré jusqu'au fond de l'utérus. De telle sorte que l'extrémité inférieure de l'intestin constitue un moignon correspondant précisément au fond de l'utérus.

Tel est le premier acte opératoire. La malade l'a très bien supporté, et aujourd'hui elle a le facies d'une malade ayant subi une opération sans gravité.

Voici quelle est maintenant l'intervention que je compte faire un de ces jours : je pratiquerai une incision autour de l'anus, et je le fermerai par un fil de soie. J'obtiendrai ainsi une cavité close, une poche fermée en haut et en bas, en haut par le moignon dont je parlai à l'instant, en bas par la suture que je viens de faire. La conduite à tenir sera celle qu'on tiendrait devant un kyste infecté : il s'agira d'extirper cette poche formée par le bout inférieur du rectum sans l'ouvrir, parce qu'elle est septique.

De plus, ce procédé évite de recourir à la désinfection du cancer du rectum. Cette désinfection est toujours illusoire, et on ne peut espérer rendre antiseptiques des surfaces ulcéreuses comme celles qui se rencontrent dans le cours du cancer du rectum.

Des complications encéphaliques des otites moyennes.

M. Brun. — Je partage à peu près les opinions émises par M. Broca dans la dernière séance.

On ne saurait trop insister sur la fréquence et la gravité des complications encéphaliques des otites chroniques. Cette année, j'ai vu le fait se produire quatre fois, et trois fois les malades ont succombé.

M. Broca considère qu'il faut, avant tout, trépaner largement l'apophyse mastoïde et la caisse, et attendre ensuite vingt-quatre ou quarante-huit heures, afin de voir si on est oui ou non en présence d'accidents encéphaliques. Mais je crois que cette pratique doit surtout être employée lorsque l'on hésite entre la méningite vraie et des accidents pseudo-méningitiques. Si l'on soupçonne un abcès du cerveau, il ne faut pas hésiter à ouvrir le crâne ; il vaut encore mieux, en effet, ouvrir le crâne sans y rien trouver que de négliger d'aller à la recherche d'un abcès du cerveau qu'on soupçonne.

Quant à reconnaître l'abcès du cerveau, surtout celui du lobe temporo-sphénoïdal, le fait présente souvent une grande difficulté, mais l'état de somnolence, le demi-coma me paraissent être des symptômes de grande valeur, moins encore cependant que le ralentissement du pouls qui est le signe le plus important.

Le procédé opératoire que j'emploie ressemble à celui qu'a décrit M. Broca. En ce qui concerne les abcès du cerveau, M. Broca se sert, en effet, de l'incision déjà pratiquée, fait sauter le toit de l'aditus et pénètre dans le crâne de bas en haut.

Pour les abcès du cervelet, la chose est plus délicate. Faut-il se servir de la perforation faite au niveau de la caisse ? On n'explore alors que la partie antérieure du cervelet. Fait-on, au contraire, une nouvelle perforation sur la ligne unissant l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale, il me semble qu'on peut explorer une plus large partie du cervelet.

Cette dernière question est la seule sur laquelle je diffère d'opinion avec M. Broca.

M. Broca. — Je suis d'accord avec M. Brun à peu près sur tous les points qu'il vient d'exposer.

Je crois, comme lui, qu'il ne faut pas attendre lorsque l'abcès du cerveau est diagnostiqué. Dans les autres cas, il est légitime de temporiser quelque temps après la trépanation.

Le seul point sur lequel je ne suis pas de l'avis de M. Brun, c'est la façon d'aborder les abcès cérébelleux. Ceux-ci sont situés le plus souvent en avant ; en se servant de la perforation déjà établie, on tombe sur cette région et il vaut mieux explorer une petite région où on sait que l'abcès est en général localisé que de largement explorer une région où il est rare de facilement et pleinement voir l'abcès.

Méthode de traitement du prolapsus du rectum.

M. Nélaton. — Je veux vous exposer un procédé opératoire de prolapsus du rectum que j'ai eu l'occasion d'utiliser il y a peu de temps.

J'ai été frappé déjà souvent de la longueur d'intestin qu'on pouvait attirer, au dehors, et j'ai enlevé ainsi tout ce que j'ai pu d'intestin.

Dans le cas que je rapporte, le prolapsus était de 15 centimètres. Je me suis alors résolu à enlever l'intestin jusqu'au moment où j'ai senti une résistance absolue de la part du côlon descendant, supprimant ainsi l'anse ω et rendant de plus l'intestin rectiligne, ce qui évitera, je crois, toute récidive. La longueur de l'intestin sectionné était de 26 centimètres.

J'ai commencé par faire une laparotomie, qui m'a permis de libérer une forte portion de l'intestin, portant surtout sur l'anse ω. J'ai mis ensuite le malade dans la position de la taille. Son prolapsus pendait. Je l'ai sectionné en haut, jusqu'au moment où j'entrai dans le péritoine. C'est là le point délicat de cette opération. Je trouvai ainsi l'intestin libéré, et la portion prolabée fut facilement enlevée. Le bout inférieur de l'intestin restant, rectiligne, fut enfin suturé à l'anus.

Je ne saurais encore dire quelles suites comporta ce genre d'intervention, celle-ci ayant été pratiquée depuis trop peu de temps.

M. Félizet. — Chez les enfants, il n'y a pas en général à intervenir contre les prolapsus du rectum.

Dans certains cas cependant, il faut opérer ces prolapsus. On a recours alors à l'excision, qu'on pratique en saisissant le rectum à la sortie de l'anus avec la pince de Richelot. J'ai vu sur un rectum ainsi excisé une véritable hypertrophie de l'organe.

M. Nélaton. — Le malade dont j'ai cité l'observation a soixante ans. Son prolapsus doit être rapporté au point de vue pathogénique à un défaut de vitalité de tous les tissus. Ici, en effet, le prolapsus se produit par le même mécanisme que la cystocèle et la chute d'autres organes à tissus trop peu résistants.

Présentation de malade.

M. Kirmisson présente une petite fille de sept ans et demi atteinte d'un double pied bot et d'une double luxation congénitale de la hanche. Malgré cette double luxation, l'enfant ne marche pas mal actuellement. Quant au double pied bot, il a néces-

sité cinq ténotomies, deux du côté droit, trois du côté gauche; on l'a traité par le massage, l'électricité, par une double tarsoclasie. Malgré tous ces traitements, l'enfant n'allait pas mieux, l'orateur lui fit l'opération de Phelps avec large arthrotomie médio-tarsienne. L'enfant marche beaucoup mieux depuis cette intervention. D'ailleurs celle-ci a été complétée par un long traitement consécutif, toujours absolument nécessaire, quelle qu'ait été l'intervention appliquée à la cure du pied bot.

Erratum.

Dans le compte rendu de la Société de Chirurgie du 28 octobre (voir *Gazette Médicale* du 31 octobre), à propos de la communication de M. Bœckel, au lieu de *procédé sous-iliaque*, lire *procédé sacro-iliaque.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre.

Des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

M. Lereboullet. — Pour M. Dieulafoy, la chute brusque de la température est le signe le plus important de la perforation intestinale. L'appendicite, au contraire, se traduit par une élévation de température. Je me range plutôt à l'opinion de Lorrain, admise par MM. Brouardel et Thoinot, qui veut que la perforation intestinale s'accompagne le plus généralement d'élévation de température.

Ce qui doit ressortir de ce fait, c'est la différence qu'il y a entre la température périphérique et la température centrale. La température périphérique peut être abaissée dans le collapsus, alors que la température centrale, prise dans le rectum, est élevée.

J'attache une plus grande importance au pouls qui devient serré, petit et inégal au moment où éclate la péritonite.

M. Monod. — J'ai récemment opéré un malade atteint de péritonite par perforation au cours d'une fièvre typhoïde. Ce malade avait une très forte élévation de température, avec douleur et agitation. L'opération me fit voir une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle qui donnait passage aux matières intestinales. Le péritoine, déjà rouge, était couvert de fausses membranes. Je suturai la perforation et je refermai le ventre.

Le lendemain, le malade mourut; l'autopsie me fit voir qu'il n'y avait pas d'autre perforation. La gravité de ce genre d'opération me semble plutôt tenir à l'état général du malade qu'à la péritonite elle-même.

De la structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique.

M. Cornil. — Comme l'a montré un travail de M. Ranvier, et comme je l'ai montré avec M. Chaput dans une communication faite à l'Académie, les cellules endothéliales du péritoine sont de même nature que les cellules plates du tissu conjonctif.

Les relations des cellules endothéliales avec la fibrine des exsudats inflammatoires aseptiques sont toujours semblables. En produisant expérimentalement des hématomes du tissu conjonctif sous-cutané chez le chien, je vis une poche contenant du sang et tapissée d'une couche de fibrine coagulée. L'examen histologique me fit voir des cellules en prolifération pénétrant dans la fibrine et l'unissant à la paroi. Les globules blancs de la fibrine étaient mortifiés, et leur rôle semblait très important.

De nouvelles expériences m'ont montré que ces phénomènes étaient les mêmes dans les pleurésies aseptiques déterminées chez le chien. Les cellules conjonctives ou endothéliales jouissent donc de mouvements amiboïdes propres, qui leur permettent de pénétrer dans la fibrine. Elles ont ainsi une extrême vitalité, favorisée encore par la richesse nutritive de la fibrine et du sang avec lesquels elles sont en contact.

Pathogénie et traitement des impotences fonctionnelles.

M. Vigouroux. — Les impotences fonctionnelles reconnaissent un mode pathogénique dont l'enchaînement peut être déterminé comme suit : Une maladie générale, dyscrasique, toxique ou infectieuse, détermine une exagération de l'excitabilité réflexe avec lésions variées des muscles, nerfs, tissus synovial et fibreux et des vaisseaux. Ces lésions produisent des troubles fonctionnels soit directement, soit par spasme réflexe.

Les impotences fonctionnelles peuvent être divisées suivant le siège de leur lésion périphérique.

Quant au traitement, il comprend deux indications. La première est de combattre la maladie générale, le plus souvent l'arthritisme; la seconde s'adresse aux troubles locaux et fonctionnels. Cette méthode m'a déjà donné beaucoup de guérisons, tandis que la plupart des auteurs considèrent les impotences fonctionnelles comme rebelles à tout traitement.

Transfusions capillaires dans la tuberculose.

M. Bloch a recherché les propriétés du sang de congénère dans la tuberculose acquise. Le pronostic de cette affection est d'autant plus favorable que la réaction consécutive à la transfusion capillaire est moins marquée. Cette réaction atteint son minimum au début de la phtisie; seule, elle s'accompagne de modifications durables. Ce procédé d'inoculation sera donc destiné uniquement aux malades qui n'ont pas dépassé la période initiale, et qui n'en sont pas encore à la fonte des tubercules.

M. Ferrand lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Faivre.

M. Robin lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Orfila, et un autre rapport sur les travaux envoyés à la commission des eaux minérales pendant le cours de l'année.

M. Motet lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Falret.

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 3 AU 11 NOVEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Chauffard, Heim, Weiss. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (1re série) : MM. Terrier, Tuffier, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité (2e série) : MM. Marchand, Ricard, Delbet. — 5e (2e partie), Charité : MM. Fournier, Letulle, Gilles de la Tourette.

Mardi 10 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Gley, Chassevant. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Panas, Nélaton. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Pozzi, Albarran. — 5e (2e partie), Charité : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Charrin.

Mercredi 11 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Terrier, Ricard, Poirier. — 2e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Broca, Varnier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Peyrot, Tuffier.

Jeudi 12 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Farabeuf, Hartmann, Thiéry. — 4e : MM. Pouchet, Proust, Thoinot. — 1er Chirurgien-dentiste : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley.

Vendredi 13 novembre, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (1re série) : MM. Tillaux, Delbet, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (2e série) : MM. Peyrot, Lejars, Broca. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Humbert, Varnier.

Samedi 14 novembre, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Hartmann, Bonnaire. 1er : Chirurgien-dentiste : MM. Cornil, Quénu, Thiéry. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar, Bonnaire.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Lundi 9 novembre, à 1 heure. — 1er : MM. Humbert, Sebileau, Retterer.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 12 novembre, à 1 heure. — *M. Paquet* : Contribution à l'étude de la lithotritie (MM. Guyon, Raymond, Pozzi, Albarran). — *M. Vailhen* : De l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse (MM. Guyon, Raymond, Pozzi, Albarran). — *M. Chauvain* : Forme pleurétique sans épanchement du cancer du poumon (MM. Cornil, Le Dentu, Gilbert, Nélaton). — *M. Prieur* : Contribution à l'étude du plegmon souspectoral (MM. Le Dentu, Cornil, Gilbert, Nélaton). — *M. Walu* : Les diarrhées infantiles et leur traitement par la diète hydrique (MM. Debove, Joffroy, Marie, Achard). — *M. Aba* : Etude clinique des troubles de la sensibilité générale du sens musculaire et stéréognostique dans les hémiplégies de cause cérébrale (MM. Joffroy, Debove, Marie, Achard).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours de pathologie chirurgicale.

M. Ricard, agrégé, suppléant M. Lannelongue, commencera le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 6 novembre 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie.

M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie le vendredi 6 novembre 1896, à 4 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : L'abdomen et le bassin ; les viscères qui y sont contenus.

Cours d'anatomie pathologique.

M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 6 novembre 1896, à 5 heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratique d'anatomie pathologique (2e étage).

Sujet du cours : Lésions des endothéliums en général ; maladies du cœur, des vaisseaux et du poumon.

Cours de pathologie interne.

M. le professeur Dehove commencera le cours de pathologie interne le samedi 7 novembre 1896, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Maladies de l'appareil digestif.

Cours d'histologie.

M. le professeur Mathias Duval commencera le cours d'histologie le samedi 7 novembre 1896, à 4 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Les épithéliums et les glandes ; la peau et les organes des sens ; les muqueuses ; le foie ; le rein ; les éléments de la génération.

Cours de pathologie expérimentale et comparée.

M. le professeur Straus commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le lundi 9 novembre 1896, à 4 heures de l'après-midi et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage).

Objet du cours : La bactériologie dans ses applications à la médecine : technique bactériologique ; principales maladies bactériennes communes à l'homme et aux animaux.

Cours de thérapeutique.

M. le professeur Landouzy commencera le cours de thérapeutique le lundi 9 novembre 1896, à 3 heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les mercredis vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Indications thérapeutiques et médications dans les affections de l'appareil respiratoire ; traitement de la phtisie pulmonaire.

Cours de chimie médicale.

M. le professeur Gautier, membre de l'Institut, commencera le cours de chimie médicale le mardi 10 novembre 1896, à midi (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Principes constitutifs des êtres vivants ; tissus et humeurs de l'organisme ; toxines, venins et ferments.

Cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.

M. Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales le samedi 14 novembre 1896, à 9 heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'asile Saint-Anne, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie.

M. le professeur Pinard commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 9 novembre 1896, à 9 heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Lundi et vendredi : Leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur.

Mercredi : Leçons et opérations de gynécologie, par M. P. Segond, agrégé.

Autres jours : Leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. Kirmisson, agrégé ; anatomie obstétricale pathologique, par M. Varnier, agrégé ; leçons de diagnostic obstétrical, par M. Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique ; kinésithérapie gynécologique, par M. Stapfer, ex-chef de clinique.

Cours pratique et manœuvres obstétricales par MM. Lepage et Potocki, accoucheurs des hôpitaux ; Wallich, ex-chef de clinique ; Baudron et Funk Brentano, répétiteurs.

Clinique médicale de la Pitié.

M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale le mardi 10 novembre 1896, à 9 heures 1/2 du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 10 novembre 1896, à 9 heures 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Opérations les mardis et vendredis dans le grand amphithéâtre, après la leçon, et le jeudi, à 9 heures, dans le service spécial de gynécologie.

Clinique médicale de la Charité.

M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 10 novembre 1896, à 10 heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

La visite des malades aura lieu à 8 heures 1/2 du matin.

Leçons de séméiologie, par M. Tessier, chef de clinique, les vendredis, à 10 heures.

Démonstration d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique tous les jours.

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

M. le professeur G. Hayem commencera son cours de clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine, le mardi 10 novembre 1996, à 10 heures, au pavillon Moïana, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les mardis et samedis : leçon sur les malades ; le jeudi technique clinique.

Conférences de pathologie externe.

M. Lejars, agrégé, commencera ces conférences le samedi 7 novembre 1896, à 5 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Chirurgie des membres.

Conférences de pathologie interne

M. F. Widal, agrégé, commencera ces conférences le lundi 9 novembre 1896, à 4 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis. vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le docteur Castex est chargé, pour la présente année scolaire, d'un cours complémentaire de clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

M. le docteur Lamy est nommé. pour la présente année scolaire, chef de laboratoire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉS ET ÉCOLES DES DÉPARTEMENTS

Ecole de médecine d'Angers.

M. Thézée, suppléant de la chaire d'histoire naturelle. est chargé. pour la présente année scolaire, des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

M. le docteur Boquel est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Ecole de médecine de Limoges.

M. le docteur Chénieux, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite Ecole.

Ecole de médecine de Rennes.

M. le docteur Bodin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, pendant le premier semestre de la présente année scolaire, d'un cours d'hygiène.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Poulain, 11 ; Grégoire, 8 ; Leven, 14 ; Camus, 12 ; Jean Petit, 11 ; Renault, 10 ; Schwartz, 13 ; Chalochet, 12 ; Clerc, 14 ; Lenormant, 13 ; Goudard, 10 ; Tixier, 10 ; Georges Michaux, 12 ; Georges Weill, 12 ; Quiserne, 10 ; Poulard, 7 ; Brès, 8 ; Louis Moret, 11 ; Arnal, 12 ; Diel, 10 ; Nicolaïdi, 8 ; Fouquet, 8 ; Le Maguet, 11 ; Raoul Coudert, 10 ; Em. Charpentier. 11 ; Elias, 13 ; Mesnard, 14.

Pathologie. — MM. Jules Lévy, 13 ; Schutzenberger, 9 ; Guéry, 12 ; Chifoliau, 12 ; Hanot, 8 ; Athanasiu, 10 ; Weber, 10 ; Lortat-Jacob, 12 ; Zimmern, 12 ; Noïca, 7 ; Tardif, 10 ; Morély, 12 ; Lamouroux, 10 ; Richard, 9 ; Jacomet, 13 ; Brun, 9 ; Léger, 11 ; Lippmann, 11 ; Barbarin, 13 ; Lœwy, 13 ; Jalaguier, 13 ; Rousseau, 11 ; Drouin, 9 ; Baranger, 7 ; Roux, 12 ; Chevrey, 12 ; Schachmann, 10 ; Palle, 11 ; Bonnel, 11 ; Lebman, 8 ; Perrée, 9 ; Sikora, 13 ; Silhol, 11 ; Bourgain. 9, Peaudecerf, 10 ; Zadok, 13 ; Iselin, 12 ; Coustols, 11 ; de Rothschild, 12 ; Guéniot, 10 ; Voisin, 11 ; Gabriel Sicard. 13 ; de Gorsse, 8 ; Gompoint, 10 ; Clermont, 12 ; Leclerc, 11 ; Fachatte, 9 ; Louis Leroy, 12 ; Deschamps, 9 ; Bacaloglu, 13 ; Delestre, 13.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Lavergne, 13 ; Albert Lévy, 14 1/2 ; Chapon, 17 ; Claude, 15 ; Durieux, 4 ; de Cazeneuve, 10 ; Champ, 16 ; Leclerc, 11 1/2 ; Cerise, 14 ; Autefage, 18 ; Jamet, 13 ; Algret, 13 ; Fahre, 11 ; Esmonet, 18 ; Boidin. 15 ; Paul Bloch, 17 ; Guérault, 13 ; Gachet. 10 ; Georget, 14 ; Lebhard, 16 ; Français, 14 ; Barlerin, 11 ; Figueira, 12 1/2 ; Gaucher, 16 ; Fotiadès, 14 ; Fassina, 16 ; Ferry, 17 ; Louis Guillaume, 14 ; Gerst, 14 ; Froment, 13 ; Germez, 13 ; Granjon, 18 ; Glatard, 14 ; Guilbot, 13 ; Guénard, 18 ; Gorecki. 5 ; Fildermann, 14 ; Follet, 11 ; Fourré, 8 ; Paul Guyot, 8 ; Louis Guillot, 17 ; Iribarne, 16 ; Houdry, 8 ; Guedj-Rahmin, 14 ; Guillemin, 16 ; Grosset, 6 ; Horteloup, 12 1/2 ; Jean Gaillard, 7 ; Guilaine, 11 ; Henri Guichard, 10 ; Grosse, 14 ; Isidore Gillot ; 4 ; Armand Gillot, 15.

Pathologie. — MM. Rabier, 14 1/2 ; Roger Saint-Ange, 15 ; Benj. Weill, 15 1/2 ; Renoult, 16 ; Lorier, 16 ; Gabriel-Charles Petit. 12 ; Trenaunay, 12 1/2 ; Verbeck, 19 ; Ferd. Michel, 14 ; Perpère, 18 1/2 ; Voix, 12 ; Pelicier, 12 ; Merklen, 13 ; Vialle, 17 ; Souchon, 12 ; Merle, 12 ; Quillon, 10 ; Morin, 18 ; Mallet. 15 ; Sénéchal. 15 ; Roques, 18 1/2 ; Mortier, 8 ; Aug. Rousseau, 14 ; Monraisse, 18 1/2 ; Paisseau, 16 1/2 ; Teisseire, 9 ; Meynier, 15 ; Ch. Mathieu. 6 ; Valatx, 11 1/2 ; Vacquerie, 17 ; Tillage, 17 ; Raoult, 14 ; Roger, 16 1/2 ; Roland, 9 ; Poupault, 17 1/2 ; Rocher, 10 ; Paon, 13 1/2 ; Renon, 16 1/2 ; Lefèvre, 10 ; Jeannet, 17 ; Matsoukis, 17 ; Mauhert, 19 1/2 ; Jarois. 17 1/2 ; Lafond, 13 ; Joseph, 14 ; Jouhaud, 16 1/2 ; Lecoconier, 15 ; Jamart, 11 ; Mage, 16 ; Juy, 15 1/2.

Amphithéâtre des hôpitaux (17, rue du Fer-à-Moulin).

Une série de *travaux pratiques de bactériologie médicale* commencera le lundi 9 novembre à 2 heures, sous la direction de M. Macaigne, chef du laboratoire.

Amphithéâtre d'anatomie.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 9 novembre 1896.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques sont mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Une série de travaux pratiques de bactériologie médicale commencera le lundi 9 novembre, à deux heures, sous la direction de M. Macaigne, chef du laboratoire.

VARIA

Asiles d'aliénés de la Seine.

Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine s'ouvrira à la préfecture de la Seine le 7 décembre 1896. — Se faire inscrire à la préfecture de la Seine du 9 au 21 novembre prochain.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 46 14 Novembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

TRAVAUX ORIGINAUX

Des suppurations à distance dans l'appendicite.

(TRAVAIL DU SERVICE DE M. TUFFIER)

Par EMILE PIARD, ancien externe des hôpitaux.

(*Suite.*)

CHAPITRE III

ABCÈS A DISTANCE DE LA PAROI ABDOMINALE

Jamais, à notre connaissance, les suppurations de cette catégorie n'ont été réunies ni analysées dans un travail critique.

Nous avons eu quelque peine à rassembler de rares observations éparses publiées ou inédites qui les concernent; ces observations présentent entre elles des analogies frappantes et permettent d'en dégager le type clinique suivant :

Ces abcès se présentent, non dans les formes aiguës de la pérityphlite, mais, au contaire, dans les formes subaiguës et chroniques, dans celles précisément où le traitement uniquement médical est classiquement suffisant.

Ils ne suivent pas immédiatement les accidents intestinaux, mais apparaissent quelque temps après que l'orage de l'appendicite s'est calmé, de telle sorte que, de prime abord, le lien qui les rattache à l'infection intestinale n'apparaît pas.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous examinerons leurs différents caractères. Leur siège est variable, bien qu'il ne dépasse guère les limites de la paroi abdominale; on peut les trouver au niveau même de la fosse iliaque droite, on les a vus aussi se développer plus loin, à hauteur et au-dessus de l'ombilic, à la pointe de l'apophyse xyphoïde, dans la gaine des muscles droits, près de la ligne médiane, enfin dans la région costale inférieure où leur situation pouvait faire présumer une lésion osseuse.

Le plus souvent on ne trouve qu'un abcès, parfois deux: on conçoit aisément qu'ils puissent exister en plus grand nombre.

Le volume de la collection n'a rien de fixe; tantôt elle contient à peine quelques cuillerées de pus, logerait un œuf de pigeon, tantôt elle s'étend en surface allant de l'ombilic à la crête iliaque.

Sous le rapport de la forme, ces abcès n'obéissent à aucune règle fixe. Parfois, ils offrent une cavité arrondie régulière, parfois ils s'étalent en nappe et présentent deux foyers réunis par un défilé; parfois ils suivent la direction des plans où ils naissent, s'allongeant verticalement dans la gaine des muscles droits, effectant l'allure d'une poche ovoïde parallèle à la direction des côtes au niveau du thorax.

Généralement la cavité est plus petite qu'il ne semblerait à l'examen de la tuméfaction pariétale; elle est enveloppée d'une paroi lardacée, sclérosée, zone inflammatoire diffuse qu'on retrouve dans la plupart des suppurations lentes.

Le pus est également particulier dans ces suppurations; ce n'est pas le pus jaunâtre ou verdâtre, franchement phlegmoneux, mais un pus séreux et grumeleux, mal lié ou sans odeur fécaloïde, en tout cas ne contenant jamais de débris stercoraux. Dans un cas l'examen bactériologique a révélé l'existence du colibacille. La poche ne communique pas avec la cavité péritonéale; elle en est même séparée par une zone de tissu lardacé, épais, d'origine inflammatoire, que le histouri a peine à fendre avant d'ouvrir le ventre.

Profondément, du côté du péritoine, cette zone répond à une grande péritonite plastique qui fusionne en quelque sorte la paroi et les viscères par une sorte de symphyse péritonéale et isole le cæcum de la grande cavité adjacente en même temps qu'il étend ses connexions avec la paroi.

Ces abcès ont un début essentiellement insidieux; une attaque d'appendicite a eu lieu plus ou moins violente, isolée ou répétée; elle a évolué vers la guérison, les symptômes locaux se sont atténués, l'empâtement de la fosse iliaque a diminué, l'état général du malade seul n'est pas aussi satisfaisant, pourtant la guérison définitive ne paraît pas douteuse, quand on voit apparaître après une échéance

dont la durée ne peut être fixée, mais qui s'étend de un mois à trois mois, une fièvre peu vive, de l'anorexie, de la fatigue et bientôt une tuméfaction de la paroi abdominale, d'abord diffuse, sans rougeur de la peau, mieux circonscrite.

Cette tuméfaction, d'abord dure et mal limitée, de siège profond, tend à pointer au dehors et on peut y reconnaître une fluctuation plus ou moins nette : l'abcès de la paroi s'est formé.

Son évolution s'accompagne de tous les phénomènes des suppurations chroniques : la fièvre n'est pas vive, le thermomètre n'atteint guère que 38° à 38°5 le soir ; la douleur existe, mais n'affecte pas un caractère lancinant ; l'état général est plus ou moins atteint suivant l'importance de la collection ; on note de la pâleur, de l'amaigrissement, de l'anorexie, parfois une véritable cachexie avec œdème des jambes comme dans le cas de Gallois.

Livré à lui-même, cet abcès tend à s'ouvrir au dehors ; pourtant cette terminaison est lente à se faire spontanément et le plus souvent le chirurgien intervient ; la collection une fois ouverte, vidée et aseptisée, la guérison locale se fait rapidement, tandis que l'état général se relève. Quelques observations anciennes rapportées plus loin nous poussent à admettre que la résolution spontanée peut se faire.

Le pronostic ne paraît donc pas très sombre ; il nous semble difficile, en l'absence de faits précis, de l'établir dans les cas où l'intervention fait défaut.

Le diagnostic peut donner lieu à de grandes difficultés, surtout quand les antécédents du malade ne sont pas connus et que l'abcès survient longtemps après les manifestations intestinales dont il découle.

Souvent, quand il siège à la région iliaque droite, on le prend pour un abcès profond en rapport avec l'appendice même et rien ne permet de prévoir son indépendance à l'égard de la lésion originelle.

Quand il naît en un point éloigné de la fosse iliaque, l'erreur inverse est commise et on perd de vue l'appendice.

On peut alors penser à un kyste hydatique, par exemple, comme le rapporte Gallois, ou à un abcès froid costal dans un cas analogue à celui de Tuffier.

Il est presque impossible, quand la collection paraît être en rapport avec un os, une côte, l'appendice xyphoïde, comme dans les observations rapportées plus haut, de ne pas rapprocher de ce fait la lenteur de son évolution, la consistance dure qu'elle présente avant de se ramollir et de ne pas conclure à une tuberculose osseuse.

En tout cas, le médecin averti de la possibilité de cas semblables est moins exposé à une erreur dont l'inconvénient le plus grave serait de retarder l'intervention.

Rapprochant maintenant les faits cliniques des faits anatomiques, nous pouvons concevoir par quel processus se forment les abcès de la paroi abdominale au cours de l'appendicite.

L'infection appendiculaire en est le premier terme. Cette infection subaiguë ou chronique, dans toutes les observations que nous avons recueillies, retentit sur le péritoine à la manière de toutes les infections subaiguës : elle crée une péritonite plastique qui rattache à l'organe malade, par des liens nombreux et étroits, la paroi abdominale.

Dans ces liens, dans ces fausses membranes, s'établissent bientôt des voies anastomotiques vasculaires, veineuses et lymphatiques, nombreuses, qui relient la circulation viscérale et la circulation pariétale et sont autant de voies ouvertes à l'agent infectieux pour émigrer de son centre primitif vers la paroi saine.

Au niveau de cette paroi, en un point plus ou moins proche du cæcum, il colonise à nouveau et amène des phénomènes inflammatoires qui évoluent sur un mode identique à ceux du péritoine, c'est-à-dire d'une façon chronique, créant une sclérose étendue qui enveloppe un foyer de suppuration presque froide.

Cette manière de voir, outre qu'elle répond exactement à la réalité anatomique, nous semble s'adapter parfaitement et aux circonstances où l'on observe les abcès de la paroi et à l'apparition tardive de ceux-ci et à leur évolution lente.

Nous trouvons d'ailleurs des exemples tout à fait comparables dans la péritonite d'origine génitale liée aux lésions salpingiennes : là aussi, quand la salpingite subaiguë s'accompagne de la péritonite plastique diffuse, on observe parfois des abcès de la paroi indépendants de la lésion primitive, à marche chronique, que nous pouvons rapprocher de ceux que nous venons de décrire.

Ce n'est pas là la seule comparaison que nous imposent les faits sur lesquels nous venons de nous étendre.

Une analogie très nette nous semble exister entre eux et les anciens *phlegmons hypogastriques*.

Dans les observations anciennes de ces phlegmons hypogastriques, nous retrouvons tous les caractères que nous avons attribués, d'après des exemples plus précis, aux abcès à distance de la paroi abdominale. Elles nous ont paru si exactement superposables à celles que nous avons rapportées au début de ce paragraphe, que nous n'avons pas hésité à y puiser les éléments d'une description clinique plus complète.

En effet, dans ces faits anciens et mystérieux, nous retrouvons à l'origine des troubles intestinaux identiques, une douleur siégeant à droite, accompagnée de constipation et de troubles généraux qu'on ne peut rapporter qu'à l'appendicite ; plus tard, des abcès se développent dans la paroi avec une même évolution lente et, comme nos abcès à distance, ils présentent un siège si variable qu'à une époque où les localisations anatomiques semblaient prédominer toute autre considération, on a longtemps disputé et sans résultat pour attribuer à ces collections une situation toujours identique.

On connaît les conclusions de Bouilly, qui en faisait toujours des phlegmons de la cavité prévésicale. Pour nous, plus dégagés, grâce aux données pathogéniques modernes, de la domination des pures notions anatomiques, nous n'hésitons pas à affirmer les localisations moins étroites de ces collections et nous tendrions à y reconnaître simplement les abcès à distance de siège variable que nous venons de décrire, si la connaissance de phlegmons d'un autre ordre également liés à l'appendicite ne nous obligeait à faire à nos abcès la part moins large.

Il existe, en effet, dans l'appendicite, des phlegmons de la cavité de Retzius analogues à ceux que décrivait Bouilly, et ces phlegmons, dans les observations que nous en pos-

sédons, sont en rapport avec une situation anormale de l'appendice adhérant à la paroi abdominale : ce sont des phlegmons juxta-appendiculaires et non des phlegmons à distance. Ils ne rentrent donc pas dans notre sujet, mais, comme ils nous paraissent répondre à une certaine catégorie des anciens phlegmons hypogastriques, l'occasion s'offre trop belle à nous pour que nous la reponssions d'éclaircir du même coup un coin de la pathogénie de ces derniers.

Les observations que nous avons colligées nous montrent que les phlegmons de la paroi dus à une situation anormale de l'appendice enflammé diffèrent des phlegmons à distance, décrits plus hauts, par plusieurs caractères :

D'abord, leur localisation anatomique plus constante, quoique non permanente, dans la cavité de Retzius, les rapproche des phlegmons prévésicaux sur lesquels insiste Bouilly.

Ensuite, les caractères du pus qu'ils contiennent, et qui est franchement fécaloïde, les différencie par une particularité précise des abcès à distance. Enfin, l'insuffisance de l'incision simple pour amener leur guérison et la nécessité précoce ou tardive de recourir à l'ablation de l'appendice en rapport intime avec leur poche pour les empêcher de rester fistuleux les sépare également de nos abcès.

En effet, les faits anciens nous montrent que les trajets fistuleux succédant à l'ouverture spontanée de ces collections peuvent persister très longtemps, créant pour les malades une véritable infirmité et une menace permanente de nouveaux accidents.

Après avoir exposé ce qui précède, nous nous croyons en droit de dire que tous les faits qui contribuaient à former l'ancienne entité clinique du phlegmon hypogastrique doivent être déclassés.

Nous avons montré comment les uns appartenaient à l'appendicite, constituant tantôt le phlegmon juxta-appendiculaire très souvent prévésical, tantôt des abcès à distance. Il nous suffira de dire que souvent les infections vésicales créent le phlegmon de la cavité de Retzius, pour faire apprécier quels liens fragiles reliaient entre eux les différents éléments de l'ancien phlegmon hypogastrique qui ne répondent ni à la même étiologie, ni au même mécanisme pathogénique, ni à la même localisation anatomique.

Il nous est permis de conclure maintenant de l'ensemble de ce paragraphe :

1° On observe des abcès à distance dans la paroi abdominale au cours de l'appendicite ;

2° Ces abcès sont de siège variable ;

3° Ces abcès ont une évolution clinique lente répondant à une inflammation chronique diffuse au point de vue anatomo-pathologique ;

4° On observe ces abcès dans les formes subaiguës de l'appendicite quelque temps après une ou plusieurs poussées du côté de l'appendice ;

5° Il faut les distinguer soigneusement des abcès pariétaux créés par la situation anormale de l'appendice en contact avec un point de la paroi abdominale à laquelle il adhère.

Ces derniers abcès sont des abcès juxta-appendiculaires et non des abcès à distance. — Ils siègent souvent dans la cavité prévésicale, présentent un contenu fécaloïde et affectent après l'ouverture simple une marche différente de celle des abcès à distance : ils ne guérissent le plus souvent qu'après ablation de l'appendice ;

6° Ces deux catégories d'abcès pariétaux de l'appendicite rentrent dans l'ancien cadre du phlegmon hypogastrique que la connaissance de leur origine contribue à dissocier et répondent à des faits anciennement décrits sous cette rubrique.

CHAPITRE IV

Pyléphlébites. — Abcès du foie

Les abcès du foie d'origine appendiculaire ont pris place officiellement dans l'histoire de l'appendicite depuis la communication si nette et si concluante qu'Achard fit à la Société médicale des hôpitaux (16 novembre 1894).

Depuis cette communication, cette histoire a été reprise dans la thèse de Berthelin (Paris 1895), où nous trouvons réunis tous les faits relatifs aux suppurations hépatiques liées à l'appendice.

N'apportant à leur sujet aucun fait nouveau et peu d'opinions personnelles, nous serons relativement brefs dans ce paragraphe en dépit du grand intérêt qu'il présente ; nous voulons simplement résumer les traits essentiels de ces abcès hépatiques d'après les documents précédents et quelques autres afin de les mettre à leur rang dans la longue série des suppurations à distance que nous étudions.

En 1879, Ashby mentionne pour la première fois (*Lancet*, 1er novembre) la coexistence d'une appendicite et d'un abcès du foie et émet l'opinion que la suppuration hépatique est sous la dépendance de l'infection appendiculaire.

En 1883, Gendrin (Th. de Paris, de la pyléphlébite suppurative) pose la question en termes plus nets. et montre le lien qui unit les deux collections périappendiculaire et hépatique, la pyléphlébite.

Bien que depuis cette époque l'attention ait été attirée sur les abcès du foie d'origine appendiculaire, nous trouvons relativement peu de faits précis qui nous renseignent sur leur fréquence. D'après les documents réunis dans la thèse de Berthelin, documents qui embrassent plusieurs statistiques françaises et étrangères d'une égale valeur sur l'étiologie générale des abcès du foie, nous devons conclure que les suppurations qui nous occupent sont rares.

Toutefois un fait étiologique important ressort de ces statistiques et des observations de Berthelin, c'est la fréquence de cette forme d'abcès dans le jeune âge : sur 26 observations, 2 seulement concernent des sujets âgés de 28 ans. C'est là une circonstance qu'on aurait pu supposer *a priori*, en raison de l'apparition beaucoup plus fréquente de l'appendicite dans l'adolescence qu'à l'âge adulte.

Sur la forme de la lésion appendiculaire qui existe le plus souvent avec le phlegmon hépatique les renseignements sont moins concordants : on a noté l'abcès du foie à la suite du phlegmon avec perforation appendiculaire, on l'a noté aussi à la suite d'appendicites accompagnées de peu de retentissement péritonéal. De l'ensemble des documents il semble même ressortir qu'une simple lésion ulcérative de l'appendice ou plus simplement encore une modification inflammatoire des parois de ce diverticule sans tendance à la perforation ou à la suppuration, a pu devenir le point de départ d'une infection à distance du foie. En tout cas, quel que soit le processus anatomique

de la lésion, c'est dans la forme subaiguë ou chronique de l'appendicite qu'apparaissent, le plus souvent, les complications hépatiques.

Il semblait probable, en raison de la variété des circonstances où se manifeste la suppuration du foie, que celle-ci devait être appelée sur l'organe par suite d'une fragilité spéciale congénitale ou acquise, mais là, encore, les prédispositions invoquées sont d'un ordre trop banal ou trop indéterminé pour qu'on doive en tenir grand compte : l'alcoolisme, l'impaludisme, la débilité hépatique marquée par une meiopragie fonctionnelle (Hanot), sont notées quelquefois, mais l'inconstance de ces causes prédisposantes paraît singulièrement diminuer l'importance qu'on est en droit de leur attribuer ; encore l'insuffisance hépatique fonctionnelle qui est signalée semble-t-elle constituer plutôt, au moment où on la constate, c'est-à-dire quand l'attention est attirée sur le foie, un effet de l'infection qu'une cause efficace de localisation infectieuse dans cette organe.

Les abcès du foie d'origine appendiculaire se présentent le plus souvent sous la forme d'abcès aréolaires, à cavité inégale, multiloculée, traversée par des travées de tissus hépatiques altérés, en voie de désorganisation, baignées par la suppuration qui les enveloppe.

Ces abcès sont uniques ou multiples, mais dans ce dernier cas, ils siègent généralement au voisinage l'un de l'autre, dans la zone de distribution d'un même rameau-porte.

Leur volume est en raison inverse de leur nombre et aussi en raison de la durée du processus inflammatoire. Certaines collections ont la grosseur d'une cerise, d'autres contiennent jusqu'à deux litres de pus.

Ce pus a des caractères particuliers, ce n'est pas une suppuration franche phlegmoneuse, mais un pus mal lié, grumeleux, contenant des débris de tissu, présentant parfois un aspect noirâtre, sphacélique et souvent une odeur d'une fétidité extrême. Il est intéressant de remarquer que le pus de ces abcès se rapproche peu des caractères du pus de l'abcès périappendiculaire.

Les rapports de l'abcès varient : tantôt il est et reste central sans tendance à marcher vers la superficie de l'organe, tantôt il est cortical et évolue vers la paroi ou vers le diaphragme. Ce qui est constant dans l'un et l'autre cas, c'est l'orientation de la collection par rapport aux rameaux de la veine-porte : la suppuration se fait dans l'étendue d'un territoire veineux bien déterminé ; dans un groupe de lobules, dans un lobe soumis à l'irrigation d'un même tronc, ou encore dans plusieurs des zones arrosées par les branches de ce tronc. Cette disposition est facile à mettre en lumière par dissections suivant les rameaux portes.

Du côté de la veine-porte nous trouvons constamment de la pyléphlébite ; dans quelques cas celle-ci se marque par une thrombose veineuse continue depuis le foyer appendiculaire jusqu'au tronc-porte ; dans d'autres on note dans la veine appendiculaire, dans le tronc-porte, dans ses divisions hépatiques, une série de concrétions fibrineuses discontinues qui marquent les étapes de la propagation infectieuse ; dans d'autres cas, enfin, la participation de la veine à l'infection qu'elle a transportée est moins nette, et se manifeste uniquement par un épaississement des parois veineuses et de la rougeur de la tunique interne.

Au contraire, les veines sus-hépatiques sont beaucoup plus rarement atteintes, bien que naissant en plein foyer suppuré ; une seule fois on a rapporté une thrombose sus-hépatique dans un cas où l'on observait d'autre part des abcès du poumon.

Mais si le foyer suppuré du foie diffuse rarement par les veines sus-hépatiques, il retentit souvent sur la pression périhépatique et crée probablement par voie lymphatique des suppurations périhépatiques touchant le diaphragme et les deux séreuses qui l'enveloppent, plèvre et péritoine ; de telle sorte que l'abcès hépatique profond et silencieux peut se masquer sous des collections peu accessibles et plus bruyantes qui en dépendent.

Dans le cours d'une appendicite à forme subaiguë ou chronique, alors que les phénomènes dramatiques du début se sont calmés, que l'empâtement de la fosse iliaque a presque disparu et qu'il ne persiste plus qu'une souffrance locale souvent sourde, vague et même effacée par un ensemble de troubles généraux digestifs et fébriles, l'infection du foie vient subitement modifier le tableau clinique.

Parfois elle apparaît brusquement, se manifestant par un ensemble de phénomènes qui dénotent l'atteinte grave de l'organisme : la température normale ou oscillante s'élève brusquement à la suite d'un ou de plusieurs frissons, l'anorexie se montre absolue, accompagnée de vomissements, en même temps que la langue se sèche et qu'apparaît une souffrance plus ou moins vive, le plus souvent gravative et diffuse, dans la région hépatique.

Parfois des frissonnements répétés, marquant le début d'accès intermittents à caractère paludique, une accentuation des troubles digestifs existant. des nausées, une teinte subictérique des conjonctives, une coloration acajou des urines qui deviennent plus rares, une simple pesanteur au niveau de l'hypochondre droit, sont les seuls phénomènes souvent effacés qui appellent le diagnostic du médecin.

Bientôt, à ces troubles fonctionnels viendront s'adjoindre des signes physiques d'un caractère plus précis.

Le foie augmente assez rapidement de volume, mais cette augmentation demande à être cherchée dans le cas de petit abcès central où elle est peu considérable. Si l'abcès est plus superficiel, il devient plus facilement appréciable, soit qu'il vienne soulever la paroi abdominale sous forme de tuméfaction accessible au palper, soit qu'il augmente en haut et en arrière la matité hépatique en pointant vers le thorax.

Il est rare que la rate ne participe pas à cette augmentation du volume du foie ; sa matité augmente parfois énormément, ainsi que l'a signalé Gendron (Th. de Paris, 1833), probablement sous l'influence de la pyléphlébite qui accompagne la suppuration hépatique.

Cette même pyléphlébite peut devenir l'origine de complications péritonéales si elle aboutit à l'oblitération du tronc-porte ; on voit alors se manifester rapidement un épanchement ascitique plus ou moins considérable, qu'accompagne le développement de la circulation collatérale au niveau de la paroi abdominale.

Tandis que s'accusent ces phénomènes, l'état général du malade s'empire rapidement : la fièvre est continue ou rémittente avec exacerbations très considérables — l'ano-

rexie est complète, la langne sèche, rôtie, on observe des vomissements séreux et bilieux et de la constipation — le teint subictérique, les traits tirés, les yeux excavés, les forces anéanties — les urines rares, foncées, de couleur acajou, contiennent de l'urohiline et du pigment rouge-brun, parfois nn pen d'albumine.

La gravité de ces symptômes empêche la longue évolution du mal : spontanément l'abcès a peu de tendance à s'ouvrir au-dehors ; au contraire, l'infection diffuse alentour et l'apparition de nouveaux foyers périhépatiques péritonéaux ou pleureux viennent encore compliquer la situation déjà si critique quand une infection généralisée ne hâte pas la terminaison.

De toutes façons, période de début et d'état ne dépassent jamais, réunies, trois ou quatre semaines, ainsi que l'indique Berthelin, après l'analyse de ses 26 observations.

Le pronostic semble absolument fatal en l'absence d'intervention chirurgicale : celle-ci, ponr être efficace, doitelle encore être précoce et les difficultés du diagnostic ne sont guère faites pour la rendre telle.

Le diagnostic, en effet, est souvent délicat au début ; il l'est pour deux raisons : c'est que l'atteinte hépatique ne se précise pas toujours au milieu de la gravité des phénomènes généraux ; — c'est que, le foie mis en cause, on hésite à conclure à une suppuration en l'absence de symptômes physiques ; — c'est qu'enfin la notion du rôle de l'appendice dans les suppurations hépatiques est de date récente et qu'on a tendance à négliger l'orage appendiculaire déjà lointain, dont la connaissance seule peut signaler au début l'évolution snppurative des phénomènes infectieux qu'on observe.

Ce n'est donc que par une critique minutieuse des circonstances et des symptômes qu'on peut reconnaître rapidement une suppuration hépatique d'origine appendiculaire : mais une fois précisée la nature de la lésion, reste encore à fixer son siège. Dans cette localisation, le point maximum de la douleur, et la ponction exploratrice, en dehors d'une tuméfaction franchement appréciable, seront les senls éléments d'une appréciation très délicate.

Ce que nous avons dit de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la marche des abcès du foie et de l'appendicite, nous permet maintenant d'en fixer la pathogénie et la valeur au milieu des autres infections à distance.

Une première conséquence découle clairement de l'exposé qui précède : c'est par l'intermédiaire d'une pyléphlébite que l'infection appendiculaire retentit sur le parenchyme hépatique.

La constatation fréquente sinon constante de la pyléphlébite partant de l'appendice, d'une part, la formation de l'abcès hépatique dans l'étendue d'un territoire veineux-porte, d'autre part ; l'analyse enfin du contenu des deux phlegmons périappendiculaires et hépatiques forment un faisceau de preuves absolues.

Ce fait n'a rien qui puisse nous étonner ; il confirme, au contraire, tout ce qn'on sait de la pathologie intestinale dans ses rapports avec le foie. Il est établi que, dans la dysenterie, dans la tuberculose, dans les ulcérations intestinales de quelque ordre qu'elles soient, on observe des abcès du foie, grâce au transport d'un agent infectieux de l'ulcération à l'organe hépatique par l'intermédiaire des radicules de la veine-porte : cet agent infectieux est celui qui a créé la lésion intestinale ou un agent d'infection secondaire.

Ce qui est intéressant à spécifier dans le snjet qui nous occupe, c'est la natnre dn processus appendiculaire qui donne lien à la pyléphlébite et à l'abcès du foie. Or, il résnlte de ce que nous avons dit au sujet de l'état de l'appendice, qu'il ne s'agit pas toujours d'un processus ulcéreux comparable à l'ulcération intestinale ; comment donc pouvons-nous rendre compte alors de l'infection par voie veineuse ?

Gendron dit en 1833 : « En somme, ce ne sont pas les ulcérations ni même une destruction plus ou moins profonde des tuniques intestinales qui déterminent la pyléphlébite ; il semble que la condition essentiellement favorable pour qu'elle se développe est l'existence d'un foyer de suppuration dans les couches celluleuses sous-péritonéales au niveau de rameaux veineux ayant déjà atteint un certain calibre. »

Cette opinion peut être soutenue ; nous sommes même en mesure de l'appuyer d'une observation plus récente que nous reproduisons ci-dessous.

Observation de Southey *in* thèse de Berthelin : « De la paroi de l'abcès périappendiculaire, se détache une veine présentant un thrombus sur une longueur de deux pouces environ. Cette veine s'ouvrait dans une autre collection de pus, laquelle communiquait avec les origines de la mésentérique. »

Et pourtant, en dépit de la précision de cette constatation, nous ne pouvons admettre que ce soit là le seul procédé de l'infection veineuse. Il nous faut tenir compte d'autres faits où manquait la disposition précédente, où manquait également l'ulcération intestinale. Tels sont les cas de Beynes où l'appendice contenait une épingle recouverte de dépôts phosphatiques et présentait des parois épaissies, sans inflammation de la muqueuse, sans perforation ; — de Bernheim où la muqueuse était rouge, injectée, non ulcérée, les parois appendiculaires épaissies et l'organe adhérent ; — les cas enfin où l'appendice rempli de pus, distendu par places, affecte la forme d'un chapelet de petits abcès et présente une muqueuse non ulcérée.

Dans les cas de Beynes, de Bernheim, on peut supposer une lésion ulcérative guérie ; — dans les cas où l'appendice est distendu par le pus, où l'appendicite est dans sa phase active, l'hypothèse d'une cicatrisation est inadmissible.

Mais dans tous ces cas nous constatons, par l'exploration au stylet, que la cavité de l'appendice est imperméable, qu'elle est obstruée par un corps étranger, par des calculs stercoraux, que la muqueuse d'autre part est rouge, injectée, tomenteuse, ne présentant plus les qualités efficaces de protection pour les tuniques sous-jacentes.

Il y a donc d'une part transformation de l'appendice en cavité close, c'est-à-dire augmentation de pression intra-appendiculaire ; d'autre part, altération et perméabilité de la muqueuse, c'est-à-dire conditions suffisantes pour qu'un germe infectieux pénètre sous pression dans la sous-muqueuse et dans les rameaux veineux. Ne savons-nous pas qu'à travers un épithélium intact, le bacille de Koch passant à travers les tuniques intestinales sans y laisser

de traces peut aller infecter le péritoine. (Expériences de Dobroklonski.)

Il nous semble donc que si la lésion ulcérative nette qu'on observe comme condition presque nécessaire de l'infection veinense dans les autres proportions du tube digestif, fait défaut au niveau de l'appendice, elle est suppléée efficacement par des altérations dégénératives d'un autre ordre qui deviennent suffisantes, grâce à une disposition anatomique et physiologique particulière, pour permettre cette infection. (Expériences de Klecki. Voir Bactériologie.)

Nous avons insisté sur ce point obscur de pathogénie parce qu'il nous paraît compléter utilement la conception si précise de l'abcès du foie d'origine appendiculaire que nous devons à Berthelin.

Il ne nous reste qu'à poser sur ce point les conclusions suivantes :

1° Il y a des abcès du foie apparaissant dans l'appendicite;

2° Ces abcès sont rares et n'ont guère été observés que dans les formes subaiguës de la maladie;

3° Ces abcès se présentent sous la forme d'abcès aréolaires, unique et volumineux ou petits et multiples;

4° Ils se développent toujours autour d'un rameau-porte et sont circonscrits à la zone de sa distribution.

Ils sont accompagnés très souvent de pyléphlébites à point de départ appendiculaire;

5° Ils sont donc dus à une infection d'origine appendiculaire atteignant le parenchyme hépatique par voie veineuse et marquent la première étape d'une infection générale à laquelle le foie semble opposer une barrière souvent efficace.

(*A suivre.*) (*Archives générales de Médecine.*)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Traitement de la malaria chez les enfants.

Feuchtwanger (*Therapeutisch Monatschrift*, août 1896) expose les principes suivant lesquels il convient de traiter la malaria chez les enfants.

Tout d'abord il insiste sur la nécessité d'employer la quinine de préférence aux autres médicaments. Il a essayé plusieurs de ces derniers, mais jamais il n'a obtenu de résultats comparables à ceux que donne la quinine.

Aux enfants, l'auteur donne du bisulfate de quinine de préférence au sulfate. Le bisulfate est, en effet, mieux supporté par les enfants, ce qui fait qu'il a plus d'efficacité que le sulfate, malgré la plus faible dose de quinine qu'il renferme.

Quant à la dose, elle est réglée par l'âge de l'enfant. Lorsque l'auteur administre la quinine par la voie stomacale, il en donne autant de décigrammes que l'enfant compte d'années ou autant de milligrammes qu'il compte de mois. L'enfant a-t-il moins de deux ans, l'auteur a recours alors à des frictions avec une pommade contenant deux grammes de bisulfate de quinine pour quarante grammes d'axonge. Il fait les frictions dans les aines et sous les aisselles. A ce propos, Feuchtwanger fait remarquer l'opinion générale qui veut que la quinine ne s'absorbe pas par la peau. Il a, au contraire, vu la quinine administrée sous forme de pommade produire le même effet que par la voie stomacale.

Feuchtwanger emploie également des suppositoires de quinine qu'il réserve aux nourrissons de trois à huit mois. Il leur ordonne trois suppositoires par jour, renfermant chacun une dose de quinine double de celle qu'on donnerait à un nourrisson du même âge par la voie stomacale. Les suppositoires provoquent-ils du ténesme rectal, l'auteur a recours à des lavements, qu'il porte aussi au nombre de trois par jour. En suppositoires ou en lavements, la quinine agit encore comme si elle était administrée par la voie stomacale.

Les différentes manifestations de la malaria sont du reste justiciables d'un traitement spécial. Ainsi, les névralgies d'origine malarique sont traitées par le valérianate de quinine. Dans la malaria pernicieuse, l'auteur recommande les injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine, qui lui ont fort bien réussi chez des enfants de dix à douze ans. Une fois les principaux symptômes calmés, on a de nouveau recours aux suppositoires, et la cachexie consécutive est combattue par l'emploi de toniques, comme le fer et l'arsenic.

La cachexie malarique est d'ailleurs difficile à traiter chez les enfants. La quinine doit être donnée pendant plusieurs jours et longtemps après l'auteur fait encore prendre de la décoction d'écorce de quinine avec de la teinture de tournesol et un peu d'acide chlorhydrique dilué. Si les accès fébriles réapparaissent malgré ce traitement, c'est l'arsenic qui doit alors être essayé, à moins qu'il existe des trouhles gastriques. L'auteur donne une mixture avec deux grammes de solution d'arséniate de potasse et huit grammes de teinture de malate de fer. On arrive à faire prendre quarante-cinq gouttes de cette mixture à un enfant de trois ans, en ayant recours à des doses progressives et en augmentant d'une goutte chaque jour, puis on redescend jusqu'à quinze gouttes, dose primitive. Encore ces doses doivent-elles être données en trois fois en une journée.

Si l'arsenic ne réussit pas, on en est réduit à faire changer le malade de localité.

RUSSIE

De la pathogénie de l'éclampsie.

L'éclampsie est une de ces affections qui a donné le jour à un si grand nombre de théories destinées à éclairer sa pathogénie, qu'on ne sait vraiment pas toujours laquelle il convient de choisir entre toutes. Ce fait prouve avant tout la complexité de la question, et montre la difficulté de s'en faire une opinion exacte. Bien des travaux sont, en effet, nécessaires pour arriver à une solution définitive, et il est juste, dans ces conditions, d'enregistrer les efforts faits dans ce sens.

Schmoukler (*Ejenedelnik*) vient, à ce propos, d'émettre l'hypothèse suivante. Il part de ce fait que la menstruation débarrasse l'organisme des produits toxiques résultant des échanges organiques. En effet, dit-il, ne voit-on pas chez la femme, au moment des règles, des troubles divers qui disparaissent une fois la menstruation finie? Or, pendant la grossesse, après l'accouchement, l'absence de menstruation ahoutit à l'accumulation dans l'organisme de tous les produits toxiques non éliminés. Qu'à cette cause se surajoute encore une affection des reins qui restreint davantage le champ de l'élimination, on voit quelles notables proportions peut alors acquérir la rétention des produits toxiques.

L'éclampsie résulterait donc, pour Schmoukler, de l'absence de la fonction d'élimination de l'appareil génitif. Aussi ne la voit-on jamais que chez des femmes enceintes; elle est inconnue chez les femmes réglées. Par l'hypothèse de Schmoukler on explique aussi la possibilité de cas d'éclampsie sans aucune lésion des reins.

De cette théorie découle l'idée du traitement préventif qui consiste avant tout à éliminer les produits toxiques autant que la

chose est possible. On donnera des sudorifiques sous forme de bains chauds, d'enveloppemennts, de pilocarpine. On y ajoutera des diurétiques légers, quelques laxatifs, le régime lacté, en cas de lésion suspecte des reins. On ne fera qu'appliquer ces mesures avec plus de rigueur, si l'accès survient malgré les précautions prises. Enfin, dans les cas extrêmes, l'auteur a recours à l'avortement.

Telles sont les idées de Schmoukler sur l'éclampsie. Il en fait, en réalité, une auto-intoxication. Ce point de vue a, du reste, déjà été indiqué par bien des auteurs, mais l'originalité et la nouveauté de la théorie ci-dessus exposée, c'est de faire dépendre cette auto-intoxication d'une rétention menstruelle.

Le ptyalisme pendant la grossesse.

Lvoff (*Bolnitch. Gazeta Botkinæ*, 1896) a recherché comment et dans quelles conditions apparaît le ptyalisme pendant la grossesse.

Le ptyalisme, d'ailleurs assez rare pendant la grossesse, commence d'abord très légèrement, va en s'accentuant sans cesse, et au troisième mois, offre une certaine gravité pour son intensité. Plus tard, il altère la nutrition, produit de l'anorexie, de l'insomnie et des troubles nerveux. Enfin, il peut aller jusqu'à devenir dangereux pour la vie de la malade ; mais après l'accouchement naturel ou artificiel, il disparaît, en général.

Lvoff vient, en effet, de constater deux cas de ptyalisme grave chez deux multipares. Le maximum de salivation a été atteint au troisième mois, et les malades ont été épuisées et sont devenues de véritables neurasthéniques. Elles perdaient de mille à seize cents centimètres cubes de salive par jour, et cela sans tenir compte de ce qu'elles perdaient la nuit et de ce qu'elles avalaient.

L'auteur s'est occupé de l'étiologie de ce ptyalisme spécial. Il le compare aux vomissements incoercibles de la grossesse. Il le considère, d'autre part, comme un phénomène d'ordre réflexe à point de départ utérin, se rapprochant non seulement des autres réflexes observés pendant la grossesse, mais aussi de certains réflexes apparaissant aux époques menstruelles et dans certaines maladies gynécologiques.

Lvoff a eu, dans les deux cas qu'il cite, recours aux traitements suivants : La première malade a été guérie par une médication interne consistant en bromures et en atropine. En même temps, on lui cautérisait au nitrate d'argent différentes érosions qu'elle présentait au col utérin et qui peuvent avoir joué un rôle important dans l'apparition du ptyalisme. Chez l'autre malade, la médication interne n'amena aucun changement. Mêmes lésions chez elle au niveau du col, mais les cautérisations n'en vinrent pas à bout. Aussi Lvoff eût-il provoqué l'avortement, si celui-ci ne s'était fait spontanément. Peu de temps après cet avortement, la guérison se fit complètement.

SUISSE

Castration dans l'hypertrophie de la prostate.

Socin (*Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte*, n° 17) fait connaître les résultats obtenus par lui dans les huit cas de castration et un cas de résection des canaux déférents, pour hypertrophie de la prostate. Sur ces neuf opérés, l'auteur n'a obtenu qu'un succès chez un homme dont il avait partiellement réséqué la prostate deux ans anparavant. Le résultat fonctionnel a été nul dans les huit autres cas, et l'auteur n'a pu, chez aucun de ces derniers opérés, constater une diminution de la prostate hypertrophiée.

Dans ces conditions, on comprend que Socin ne se montre pas partisan déterminé de ce mode d'intervention. Néanmoins, il ne veut pas passer pour un adversaire systématique de la castration dans l'hypertrophie de la prostate. Mais ce qu'il veut bien établir, c'est l'erreur qu'il y aurait à considérer cette opération comme devant toujours réussir, et à y faire appel dans tous les cas, même dans ceux où l'hypertrophie est encore à son début. Il y a là un point à préciser, et ce ne seront que des recherches ultérieures qui seront à même de faire connaître les données exactes relativement aux indications de ce mode de traitement.

L'intérêt du travail de Socin consiste aussi en ce qu'il nous fait savoir les opinions de différents chirurgiens de marque sur l'emploi de la castration dans l'hypertrophie de la prostate. Krœnlein n'a abouti qu'à deux échecs complets. Kraske n'a guère mieux réussi. Czerny a vu trois prostatiques opérés par lui de la castration chez qui les troubles se sont fort aggravés.

Mais des succès doivent aussi être mentionnés. Bruns, par exemple, a guéri deux prostatiques par la castration. Gelpke a procédé deux fois à la résection des canaux déférents. Une fois l'opération a complètement échoué, il est vrai ; mais, la seconde fois, les résultats ont été incontestablement fort heureux. Un prostatique de 66 ans, qui se sondait de douze à quinze fois pendant vingt-quatre heures et qui avait déjà eu quatre rétentions aiguës d'urine, fut traité par la résection des canaux déférents. Il est arrivé à uriner spontanément dès vingt-quatre heures après l'opération. Depuis cette époque, il a toujours pu continuer à uriner sans se sonder et, actuellement, il n'urine plus que cinq fois en moyenne pendant les vingt-quatre heures.

En présence de faits si contradictoires, on comprend parfaitement les réserves de Socin, qui désire voir ce genre d'intervention précisé par des règles permettant de tracer une ligne de conduite selon les différentes circonstances devant lesquelles on se trouvera.

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

Suppurations de l'oreille compliquées de phlébite du sinus latéral et de septico-pyohémie.

M. Rivière (de Lyon) rapporte quatre observations de phlébites des sinus consécutives à des suppurations anciennes de l'oreille, dont trois se sont terminées par la mort.

La première observation montre un séquestre ayant dénudé le sinus ; il se produisit à la suite des phénomènes d'infection. La mort ne put être empêchée.

Les deux observations suivantes ont trait à deux cas où la mort survint après l'ouverture de l'antre mastoïdien et de la caisse ; les phénomènes d'infection se sont montrés au moment de l'acte opératoire ou peu après.

Enfin, la dernière observation se rapporte à un tuberculeux chez qui, en grattant l'apophyse mastoïde, on fut amené par la présence des fongosités à curetter le sinus latéral. Dans ce dernier cas, le malade guérit de cette intervention.

L'orateur, en ajoutant à ces quatre faits les autres faits analogues qui ont été publiés, arrive aux conclusions suivantes :

Les anciennes suppurations de l'oreille donnent souvent des complications cérébrales graves, méningite chez l'enfant, abcès cérébraux, phlébite et septico-pyohémie chez l'adulte. Le diagnostic précis en est souvent difficile. Les signes les plus sûrs sont les frissons, l'élévation de la température, les douleurs hémicrâniennes, le peu de netteté des signes locaux. Les anciennes suppurations de l'oreille devront donc être traitées énergiquement par les opérations de Stacke et de Broca, seul moyen sûr d'éviter des complications toujours redoutables. La voie la plus logique pour atteindre les complications cérébrales est l'ouverture mastoïdienne, faite aussitôt que possible. Avant tout, on

fera alors le nettoyage des fongosités de la caisse et de l'apophyse mastoïde. Ce traitement suffira, dans certains cas, à arrêter la marche des complications. Enfin, si l'on reconnaît une phlébite des sinus, on n'hésitera pas à ouvrir les sinus. à faire la ligature de la veine jugulaire et à drainer. Des guérisons spontanées de ces phlébites ont été rapportées. Les cas paraissent authentiques. Néanmoins, vu leur rareté, on ne devra pas y compter, et on interviendra comme il vient d'être dit.

Les ligatures apophysaires.

M. Chipault (de Paris) expose les résultats de la méthode des ligatures apophysaires, qui constituent des opérations simples et sans danger. Cette méthode doit occuper une place importante dans l'orthopédie rachidienne.

L'orateur a jusqu'ici employé treize fois ce procédé. Il rapporte neuf de ses observations, n'insistant pas sur les quatre autres qui avaient trait à des affections traumatiques. Six fois les ligatures apophysaires ont été faites pour mal de Pott : une pour tuberculose cervico-dorsale avec paralysie radiculaire totale des deux membres supérieurs, une pour tuberculose dorsale inférieure avec paraplégie, quatre pour des tuberculoses dorsales supérieure ou dorso-lombaire, sans paraplégie.

Une fois la ligature apophysaire s'adressait à une arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales moyennes avec torticolis, affection décrite par M. Lannelongue. Le cas était passé à l'état subaigu, la déviation s'étant plusieurs fois reproduite.

Une fois elle a été dirigée contre la cyphose lombaire rachitique, chez un jeune enfant de cinq ans.

La dernière fois, enfin, elle a été appliquée contre une scoliose rachitique infantile à forme grave.

M. Chipault n'a eu à relater ni un accident, ni un incident opératoire. Si un des neuf malades opérés par la méthode des ligatures apophysaires a succombé, il faut rapporter sa mort à une fluxion de poitrine survenue quelques semaines après l'intervention, et sans aucun rapport avec la ligature. Les huit autres opérés sont vivants, ceux opérés depuis trois ans comme ceux opérés depuis un mois seulement. Bien plus, ceux opérés depuis suffisamment longtemps sont guéris, l'auteur croit pouvoir l'affirmer. Ce sont trois maux de Pott et une cyphose rachitique. Leur affection vertébrale n'a pas laissé la moindre trace, il n'y a plus d'apparence de gibbosité. Les maux de Pott conservent simplement un peu de raideur vertébrale. Il est incontestable qu'on ne peut guère actuellement souhaiter de plus heureux résultats.

Une observation de thyroïdite chronique.

M. Tailhefer (de Toulouse). — On avait pris une thyroïdite chronique pour un cancer du corps thyroïde ; aussi fit-on la thyroïdectomie partielle. Treize jours plus tard, il se fit une hémorrbagie de l'artère carotide primitive gauche.

Aussitôt l'on saisit le paquet vasculo-nerveux gauche du cou et on fit la ligature. Le lendemain, il y eut panophtalmie septique de l'œil gauche. L'œil gauche, rempli de pus, s'est ouvert spontanément. La plaie oculaire a guéri, de même que la plaie cervicale qui n'avait pas été suturée.

Paralysies laryngées de cause chirurgicale.

M. Paul Raugé (de Challes) expose des faits cliniques où l'on reconnaît à peu près toutes les variétés de tumeurs cervicales capables de comprimer le récurrent et de produire par ce moyen des troubles laryngo-moteurs.

Il a 17 observations personnelles, qui se décomposent comme suit : 4 cas de tumeurs thyroïdiennes, 2 cas d'adénopathie cervicale. 1 cas de cancer de l'œsophage, 1 cas de mal de Pott cervical, 1 cas d'anévrysme de l'aorte, 1 cas, enfin, où il ne sait nettement si la compression doit être rapportée à un anévrysme ou à une adénopathie.

Neuf fois la paralysie du larynx était unilatérale. Ce n'est que dans le cas de cancer de l'œsophage que cette paralysie portait sur les deux cordes vocales. Quant à la position de la corde vocale paralysée, elle était variable. Six fois elle était fixée en position cadavérique, trois fois en adduction permanente par paralysie des adducteurs ou spasme des adducteurs, une fois, enfin, en forte abduction.

Les signes fonctionnels étaient toujours des troubles vocaux, particulièrement de la bitonalité et des troubles respiratoires allant jusqu'à de véritables crises de suffocation.

Traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon.

M. Delorme (du Val-de-Grâce). — La décortication du poumon, dont je communiquai ma première observation à l'Académie de Médecine en janvier 1894, a jusqu'ici été pratiquée à peu près vingt fois, plus souvent à l'étranger qu'à Paris.

Les différentes observations doivent être classées en deux groupes : ceux où le poumon a pu être dégagé de sa membrane et reprendre son volume primitif, en totalité ou en partie, et ceux où l'on n'a pu arriver à ce résultat. L'anatomie pathologique s'accorde avec les faits cliniques pour nous montrer que tantôt la fausse membrane est séparable et le poumon insufflable, et que tantôt la fausse membrane adhère intimement au poumon, ne laissant pas ce dernier se dilater.

Ceci permet de conclure que la valeur de la décortication est liée à son opportunité et qu'elle ne sera de mise que lorsqu'on sera en présence d'une membrane décollable et d'un poumon perméable. La question de la membrane décollable est celle qui prime toutes les autres. On a constaté, en effet, que le poumon, s'il n'est pas insufflable primitivement, n'en est pas moins capable de se dilater ultérieurement.

Mais aucun élément ne peut, en face d'une vaste cavité d'empyème chronique, nous fournir de renseignements nous permettant de conclure à l'état de cette membrane et de savoir si, oui ou non, elle est décollable. Aussi est-on en droit de faire une thoracotomie exploratrice en allant droit à la membrane et au poumon.

Une fois la membrane incisée, même en plusieurs points, on sera à même de voir si elle se sépare ou ne se sépare pas. Se sépare-t-elle, l'opération exploratrice sera continuée et deviendra curative : on pousse plus loin la décortication. Si le poumon atélectasié ne revient pas d'emblée à sa place, il n'en faut pas conclure qu'il est perdu : débarrassé de sa coque encapsulante, il pourra peut-être se dilater plus tard, en partie ou en totalité. Une contre-indication à la suite de l'opération est constituée par la présence de cavernules tuberculeuses superficielles.

Dans le cas où la membrane n'aurait pas paru décollable, on transforme l'opération.

Avec ces données, la décortication, sans offrir de dangers pour le malade, peut lui permettre de récupérer son poumon. On voit qu'elle a des indications et des contre-indications, grâce auxquelles ses succès s'accroîtront sans doute. Dans la thérapeutique des empyèmes chroniques, elle doit, je crois, tenir une large place et même devoir être préférée aux thoracoplasties, puisqu'elle se propose de rappeler un organe à ses fonctions et cherche ainsi à atteindre un but plus complet.

Résultats d'une nouvelle méthode de chéiloplastie.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) rappelle avoir décrit en octobre 1894 à la Société de chirurgie une méthode de chéiloplastie. Il ne croit pas en avoir eu la première idée, mais il l'a rendue simple et facile. Elle repose sur l'emprunt à la lèvre saine.

M. Guinard l'a pratiquée deux fois avec plein succès. Quant à l'orateur, il l'a exécutée deux fois aussi.

Chez le premier malade de M. Larger, qui était porteur d'un

épithélioma volumineux des deux tiers gauches de la lèvre inférieure, les résultats morphologiques ont été bons comme les résultats fonctionnels. Il n'y a pas d'œdème des lèvres; la nouvelle bouche est d'une régularité et d'une symétrie parfaites. Le rebord muqueux de la lèvre est bien reconstitué; les deux lèvres ont une saillie normale et égale. D'autre part, la lèvre a assez de contractilité et de sensibilité pour permettre au malade de souffler. La salive est retenue, la mastication s'opère bien et la phonation n'est guère altérée.

Chez le second malade de M. Larger, il y a eu simple restauration du tiers droit de la lèvre inférieure. Aussi l'orateur a-t-il obtenu encore plus de résultats que chez le précédent. Ici la contractilité de la lèvre permet non seulement de souffler, mais encore de siffler.

Nature et traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

M. Abadie (de Paris). — L'exorbitisme atteint parfois de telles proportions dans le goitre exophtalmique que les cornées se sphacèlent sans que rien puisse l'empêcher. Du reste on sait les nombreuses théories émises sur la nature du goitre exophtalmique. La névrose généralisée, la suractivité fonctionnelle du corps thyroïde déversant dans le sang des substances toxiques ne semblent pas acceptables.

Qu'on se rappelle en effet que Trousseau a remarqué que les troubles vasculaires se voient dans le seul domaine du sympathique cervical. Les brusques mouvements d'expansion n'existent qu'aux carotides et aux thyroïdiennes. Les artères inférieures semblent rester dans les conditions ordinaires. On n'aurait pas cette localisation si le sympathique était excité par l'élaboration d'une substance toxique provenant de la glande thyroïde.

Aussi je crois que dans le goitre exophtalmique il y a excitation permanente des fibres vaso-dilatatrices seules du sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine. Dastre et Morat ont établi l'existence de ces filets. Ils agissent par inhibition sur les vaso-constricteurs.

Cette théorie explique tous les symptômes du goitre exophtalmique. Par suite de la turgescence des artères thyroïdiennes, se produit l'hypertrophie de la glande thyroïde. C'est l'excitation du sympathique qui produit la tachycardie, et c'est la dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires qui provoque l'exophtalmie.

Dans les cas frustes, c'est sans doute surtout le centre d'où partent les filets producteurs du symptôme dominant qui sont intéressés : ainsi c'est le centre d'où partent les filets dilatateurs des vaisseaux rétro-bulbaires qui est surtout atteint lorsque l'exophtalmie domine la scène. De même dans les cas où dominent l'hypertrophie du corps thyroïde et la tachycardie, l'excitation porte sur les centres d'où émanent les filets dilatateurs des artères thyroïdiennes et excitateurs du cœur.

Cette nouvelle pathogénie du goitre exophtalmique a des conséquences pratiques et thérapeutiques. L'exophtalmie reconnaissant pour cause l'excessive dilatation des vaisseaux sanguins rétro-bulbaires, elle disparaîtra par section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen. Jaboulay (de Lyon) vient en effet d'obtenir un succès par ce procédé. Il y a là un moyen de combattre le symptôme redoutable de l'exopthalmie.

Combattre l'hypertrophie du corps thyroïde et la tachycardie est chose plus difficile. Peut-être les succès apparents par tentatives d'ablation du corps thyroïde sont-ils dus à ce qu'on avait sectionné les filets du sympathique se rendant à la glande ou les filets circonvoisins.

M. Jonnesco (de Bukharest) a traité plusieurs cas par la résection bilatérale du grand sympathique cervical.

M. Kocher (de Berne) n'attribue pas un rôle exclusif au grand sympathique cervical dans la pathogénie dn goitre exophtalmique. La diarrhée et les vomissements en effet doivent relever d'une autre cause. D'autre part, des tablettes thyroïdiennes provoquant des symptômes identiques à ceux du goitre exophthalmique, il y a évidemment là un phénomène d'hyperthyroïdisation. Enfin l'intervention chirurgicale lui a donné des guérisons complètes constatées à longue échéance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre. — Présidence de M. Monod.

De l'extirpation du rectum cancéreux.

M. Quénu revient sur la communication faite à la séance précédente (Voir *Gazette Médicale* du 7 novembre). Il donne des détails complémentaires sur la seconde partie de son opération, qui consiste à enlever le rectum transformé en un kyste septique. Il dénude la face antérieure du sacrum; les ganglions lymphatiques s'enlèvent en même temps. Le rectum libéré en avant et en arrière, il a descendu le rectum, après avoir lié l'artère mésentérique inférieure. Ainsi était formée une énorme cavité due à l'ablation du rectum et de la paroi postérieure du vagin. Le péritoine du reste n'a pas été ouvert. Quant à la cavité, elle a été bourrée de gaze stérilisée; elle est en train de se combler.

La malade se porte bien; sa température ne monte pas au-dessus de 37°5. M. Quénu espère la présenter bientôt à la Société.

Il termine en faisant voir la poche rectale qu'il a extirpée.

Du prolapsus du rectum.

M. Bazy donne lecture d'une observation datant déjà de deux ans, à propos de la communication de M. Nélaton. (Voir *Gazette Médicale* du 7 novembre.)

Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans, souffrant d'un rein mobile. En outre, cette malade présentait un prolapsus du rectum de 18 centimètres de longueur, assez facilement réductible. De sorte que l'indication semblait de réduire et de fixer la tumeur, et de consolider le sphincter.

M. Bazy fit donc une incision occupant les deux cinquièmes de l'anus, et reconstitua le sphincter aussi ferme et solide que possible.

Mais au bout de douze jours, le sphincter étant encore trop ouvert, une seconde opération fut jugée nécessaire. Le résultat fut assez bon pour que la malade, enceinte à ce moment de deux mois, ce qu'ignorait M. Bazy, ait été plus tard à même d'accoucher prématurément, il est vrai, d'un enfant de sept mois, sans que le sphincter nouveau souffrît beaucoup des efforts qui accompagnèrent cet accouchement.

M. Gérard-Marchant insiste sur l'obscurité de la pathogénie des prolapsus rectaux. Déjà on a eu l'idée, comme M. Nélaton, d'attribuer ces prolapsus au relâchement de l'anse ω. C'est pour cela qu'on a institué la colopexie et la colopexotomie. M. Janel a particulièrement mis ce procédé en honneur.

La pathogénie du prolapsus muqueux est à peu près connue. Mais celle du prolapsus rectal à proprement parler est plus difficile à élucider. Ces derniers prolapsus se présentent sous deux formes : dans la première, le sphincter est relâché, la vulve ouverte, et surtout il y a disparition et élongation des fibres musculaires. Celles-ci sont pâles et atrophiées, comme raréfiées. L'ampoule rectale est alors très dilatée. La seconde forme se produit chez les gens jeunes, à l'occasion d'un effort violent, quelquefois de la défécation. Les fibres musculaires ici sont très hypertrophiées, tant celles du rectum que celles du périnée. Ce sont des prolapsus de force et de faiblesse. Dans ce dernier cas toutefois, l'ampoule rectale est encore élargie.

C'est pour cette raison que l'orateur a en l'idée de rétrécir l'ampoule rectale. Mais il faut y ajouter une rectopérinéorrhaphie, comme l'ont fait MM. Schwartz et Duret. Après cette intervention. reste un prolapsus muqueux, qu'il faut encore traiter, mais alors par les moyens simples.

De la hernie du cæcum.

M. Reynier. — J'ai a vous lire un rapport sur une observation de **M. Courtin** (de Bordeaux) sur une hernie du cæcum à gauche.

Un homme âgé de soixante-deux ans était, depuis vingt ans, porteur d'une hernie inguinale gauche, volumineuse et irréductible. Le taxis ne réduisit en effet pas la hernie. Sur l'insistance du malade, M. Courtin se décida à intervenir. Il vit une tumeur herniaire où le sac était absolument confondu avec le contenu. Il voulut l'isoler, mais il perfora par deux fois l'intestin. Aussi dut-il ouvrir le sac au niveau de l'orifice inguinal externe. Il réséqua tout ce qui dépassait l'anneau; en examinant, il vit qu'il avait réséqué l'anse iléo-colique; il avait donc deux anses intestinales, l'un appartenant au gros intestin, l'autre à l'intestin grêle.

Il continua son opération par l'implantation latérale, préférant ce procédé à l'antérorrhaphie, à cause de la différence de calibre des anses intestinales à réunir. Le malade guérit.

Les hernies du cæcum du côté gauche sont assez rares. Mais cependant on en voit un certain nombre d'observations dans la littérature médicale. En général, on les rencontre après cinquante ans, chez des gens porteurs de volumineuses hernies. Néanmoins on les a trouvés chez des enfants.

Les hernies du cæcum du côté gauche se produisent par tiraillement de l'intestin. Le cæcum est suivi du péritoine pariétal; il suit lui-même l'intestin grêle, qui est d'abord descendu dans la hernie.

La hernie cæcale peut exister avec un sac complet ou un sac incomplet.

Dans le cas présent, le sac et le cæcum étaient intimement unis. En effet, le cæcum s'était enflammé, d'où adhérences qui ont provoqué une sympbyse avec le sac. Aussi M. Courtin a-t-il eu raison de réséquer tout l'intestin malade. Jamais encore la résection de l'anse iléo-colique n'avait été faite pour hernie.

Le diagnostic des hernies cæcales est très difficile. Les signes donnés par Scarpa sont peu probants; il faut cependant penser à une hernie du cæcum lorsque la hernie est volumineuse et irréductible.

Ostéome du maxillaire inférieure.

M. Lejars. — Je veux vous communiquer une observation d'ostéome du maxillaire inférieur.

La malade, âgée de quarante-deux ans, avait remarqué depuis dix ans la présence d'une grosseur sur la branche montante du maxillaire inférieur. Elle n'avait eu ni douleur. ni abcès dentaire. Mais plus tard les douleurs parurent; la tumeur avait déjà le volume d'une grosse châtaigne. Elle était de plus très dure, d'une dureté osseuse, sans aucun point ramolli.

J'enlevai cette tumeur, je fis sauter la masse principale. Je terminai par un tamponnement iodoformé. La tumeur, examinée au microscope, me montra la coupe du tissu spongieux. J'étais en présence de tissu osseux pur, en voie d'accroissement. C'est un fait très rare d'ostéome pur. Il est à remarquer que c'est au moment où le tissu osseux est entré en voie d'évolution que les douleurs se sont manifestées.

Il n'y avait guère d'anomalies du côté du système dentaire.

Un cas de tumeur de l'encéphale.

M. Barette (de Caen). — Je présente à la Société de Chirurgie l'observation d'une tumeur de l'encéphale intéressante au point de vue clinique.

Un garçon de vingt-sept ans, bien musclé, avait été terrassé par un taureau à l'âge de douze ans et avait reçu un coup de corne sur la tête. Il guérit de sa plaie et ne ressentit plus rien pendant les quinze années suivantes.

A ce moment il éprouva de vifs maux de tête. Bientôt sa vue se troubla, et il eut du nystagmus. Il se fit de plus une contracture bilatérale des muscles de la nuque. Le goût et l'odorat étaient cependant conservés, et les membres n'étaient pas atteints. Deux grosses veines descendaient le long des pariétaux.

On percevait une perte de substance sur le crâne, avec saillie molle animée de battements isochrones à ceux du pouls. De là partaient les deux vaisseaux précités.

Il semblait donc qu'on se trouvât en présence d'une tumeur vasculaire. contre laquelle on essaya d'intervenir. Mais la perte de sang fut si importante que le malade éprouva une forte syncope. Il succomba vingt-quatre heures après l'intervention.

L'examen de la tumeur montra qu'elle se rattachait aux sarcômes névrogliques.

Présentation de pièces.

M. Reynier présente une pièce provenant d'une hématocèle consécutive à une grossesse extra-utérine rompue. Il l'a traitée par la laparotomie et il a vu un épanchement considérable avec nombreux caillots. La trompe était volumineuse et également remplie de caillots. Un fœtus y était appendu.

M. Monod présente une pièce provenant d'une grossesse extrautérine accompagnée de deux tumeurs fibreuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre.

Un cas de périarthrite coxo-fémorale à forme de coxalgie.

M. Duplay lit un rapport sur un travail de **M. Crivelli** (de Melbourne). Ce dernier a relaté un fait de pseudo-coxalgie se rapportant à ceux dont l'orateur a déjà souvent parlé. Les coxalgies nerveuses et hystériques mises à part, il existe des affections périarticulaires de la hanche sans lésions de l'articulation, simulant assez parfaitement la coxalgie.

Distinguer la coxalgie vraie des pseudo-coxalgies n'est pas toujours facile; il faut, pour cela, se baser sur les symptômes objectifs fournis par l'exploration directe de l'articulation et de l'extrémité supérieure du fémur. On s'occupera particulièrement du siège du gonflement et de la localisation de la douleur à la pression.

Les périarthrites de la hanche se portent sur les parties molles et surtout les bourses séreuses, comme sur le squelette et le grand trochanter.

Grâce à l'étude de ces symptômes, M. Crivelli a rejeté l'idée de coxalgie chez son malade pour s'arrêter à celui de périarthrite. Il a eu affaire une poussée d'ostéomyélite près du grand trochanter. La bourse séreuse sous-fessière a sans doute participé à l'inflammation de l'os sous-jacent; toutefois, on n'oserait l'affirmer.

Ce qui permet de corroborer cette façon de voir, c'est la rechute qui s'est produite quelque temps plus tard. La guérison a été complète et la fonction de la jointure est restée intacte.

De l'analgène en thérapeutique infantile.

M. Cadet de Gassicourt lit un travail de **M. Moncorvo** (de Rio-de-Janeiro) où celui-ci donne les résultats de l'administration de l'analgène, qu'il a distribuée à 59 enfants, dont 33 atteints de malaria. La dose a varié de 0 gr. 25 centigr. à 3 grammes par vingt-quatre heures.

La fièvre a été coupée par l'analgène. Ce médicament est fort bien supporté. C'est donc presque un succédané de la quinine.

L'analgène a été également d'une incontestable utilité dans deux cas de tuberculose aiguë, dans un cas d'arthrosynovite blennorrhagique, dans deux cas d'hystérie et dans un cas de chorée.

M. **Hanriot** lit un travail sur un nouveau ferment du sang.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 novembre.

Absence de propriété agglutinante chez le fœtus de typhique.

MM. **Charrier** et **Apert** ont examiné différents liquides provenant du fœtus d'une femme atteinte de fièvre typhoïde, enceinte de trois mois et ayant avorté au vingtième jour de sa maladie. L'organisme fœtal n'était nullement infecté par le bacille typhique. Dans les différents cas qu'ils ont examinés, la propriété agglutinante a fait défaut dans les humeurs du fœtus.

Nous avons aussi recherché cette propriété agglutinante dans un liquide obtenu par macération d'un fragment de placenta dans de l'eau stérilisée pendant vingt-quatre heures. Dans les cultures additionnées de cinq gouttes de macération pour un centimètre cube de bouillon, les agglutinats étaient caractéristiques au bout de vingt-quatre heures.

Le placenta semble donc être un filtre qui retient dans l'organisme maternel les substances agglutinantes et vraisemblablement aussi les toxines. Il faut sans doute des lésions du placenta pour que bacilles et toxines traversent le placenta et provoquent dans l'organisme du fœtus la propriété agglutinante.

De la coagulation du sang et des plasmas.

M. **Dastre** a recherché, avec M. Floresco, ce qu'il advenait de la coagulation du sang et des plasmas lorsque le milieu était amené à neutralité au lieu de rester alcalin. Il a vu que, dans ce cas, ces liqueurs étaient plus vite coagulées et que le caillot était plus consistant. Il faut donc au ferment qui fait coaguler le sang et les plasmas, c'est-à-dire au fibrin-ferment ou thrombose, une certaine réaction de milieu comme aux ferments solubles de la digestion.

Des toxines et du cœur.

M. **Charrin** rappelle qu'il a montré la possibilité de faire naître des hypertrophies cardiaques, des myocardites, des dégénérescences d'ordre varié.

Il ajoute encore que le cœur offre des dilatations et surtout des diminutions de ses cavités.

Sous l'influence des toxines pyocyaniques, il a vu le myocarde fléchir et laisser s'accroître son diamètre transversal jusqu'à compromettre la fonction. Ces résultats expliquent ce que la clinique a décrit sous le nom de collapsus et de paralysie cardiaques.

Diminution de la pression artérielle pendant l'effort.

MM. **Hallion** et **Comte** ont vu que, pendant l'effort, contrairement à l'opinion classique, la pression artérielle diminue pendant que la pression veineuse s'accroît.

La déplétion veineuse survient après l'effort seulement, presque aussitôt suivie de l'augmentation de la pression artérielle avec toutes ses conséquences.

M. **Féré** communique l'observation d'un malade ayant été atteint d'impaludisme et qui a eu trois enfants présentant un arrêt de développement du maxillaire inférieur.

M. **Gley** dépose au nom de M. Thiry (de Nancy) une note sur une bactérie produisant plusieurs couleurs (bacille polychrome).

M. **de Ronville** (de Montpellier) envoie une note intitulée : « Appendicites expérimentales par corps étrangers. »

M. **Retterer** dépose, au nom de M. Verdun (de Toulouse), une note sur les glandules de la glande thyroïde du chat et les kystes qui en dérivent.

M. **Retterer** dépose, au nom de M. Guieysse, un travail sur le muscle trachéal et les muscles de Reissessen.

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 16 AU 18 NOVEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Widal. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Terrier, Humbert, Poirier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Lejars, Delbet. — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Letulle, Gilles de la Tourette.

Mardi 17 novembre, à 1 heure. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Bar, Albarran. — 5e (1re partie). Chirurgie, Charité : MM. Le Dentu, Pozzi, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Charrin.

Mercredi 18 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Walther, Sebileau. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, André.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Mardi 17 novembre, à 1 heure. — 1er : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry.

THÈSES DE DOCTORAT

Mardi 17 novembre, à 1 heure. — *M. Thubert* : Essai sur le souscarbonate de soude avec étude préalable du bicarbonate de soude (MM. Laboulbène, Bouchard, Chassevant. Widal). — *M. Mourette* : Essai sur le lavage du sang (MM. Bouchard, Laboulbène, Chassevant, Widal). — *M. Béna* : L'hémathologie et la pathogénie du purpura (MM. Cornil, Berger, Roger, Nélaton). — *M. Jeanty* : De l'adéno-lymphocèle crurale en Haïti (MM. Berger, Cornil, Roger, Nélaton).

Mercredi 18 novembre, à 1 heure. — *M. Lemonnier* : Kystes hydatiques du ligament large (MM. Tillaux, Peyrot, Ricard, Broca). — *M. Goguel* : De l'intervention chirurgicale dans les ankyloses du coude consécutives à des traumatismes (MM. Tillaux, Peyrot, Ricard, Broca). — *M. Cels* : Contribution à l'étude de la kératose filaire et de ses rapports avec l'ichtyose (MM. Fournier, Pinard, Gaucher, Varnier). — *M. Devoir* : Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux (MM. Pinard, Fournier, Gaucher, Varnier).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.

M. le professeur Laboulbène a commencé le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 12 novembre 1896, à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie.

M. le professeur Tarnier commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le samedi 14 novembre 1896, à 9 heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à 9 heures.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. le professeur Alfred Fournier a commencé ce cours le vendredi 13 novembre 1896, à 9 heures et demie du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

M. le professeur Duplay commencera son cours le mardi 17 novembre 1896, à 9 heures 1/2 du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

Ordre du cours : Lundi : Visite et examen des malades (salles des hommes).

Mardi : leçon clinique et opérations; amphithéâtre de la clinique, à 9 heures 1/2.

Mercredi : visite et examen des malades (salle des femmes).

Jeudi : opérations (chirurgie abdominale).

Vendredi : leçon clinique et opérations; amphithéâtre de la clinique à 9 heures 1/2.

Samedi : exercices gynécologiques; salles des femmes et salle du spéculum.

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir. — Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. Cazin, chef de clinique, mardi, à 5 heures 1/2 (amphithéâtre de la clinique).

Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. Cazin, jeudi et samedi, à 5 heures 1/2 (amphithéâtre de la clinique).

Conférences de gynécologie. Méthodes d'exploration gynécologique, par M. Clado, chef des travaux gynécologiques, lundi, à 5 heures (amphithéâtre de la clinique).

Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. Clado, mercredi, à 5 heures (salle du spéculum).

Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique e de bactériologie, par M. Lamy, chef du laboratoire : samedi à 11 heures (laboratoire de la clinique).

Conférences et exercices pratiques de chimie biologique et pathologique, par M. Savoire, chef adjoint du laboratoire : mercredi à 11 heures (laboratoire de la clinique).

Conférences d'otologie et de rhinologie (méthodes d'exploration, examen des malades, etc.), par M. Martha : vendredi. à 5 heures.

Conférences d'obstétrique.

M. Bonnaire, agrégé, a commencé ces conférences le jeudi 12 novembre 1896, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure (au lieu des lundis, mercredis et vendredis indiqués sur l'affiche générale).

Conférences sur les maladies de la peau.

M. Gaucher, agrégé, commencera ces conférences le dimanche 15 novembre 1896, à 10 heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

Objet du cours : Difformités cutanées; dermatoses pigmentaires; dermatoses vasculaires; dermatoses hypertrophiques et tumeurs de la peau.

Cours pratique de laryngologie, rhinologie et otologie.

M. le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, chargé de cours, commencera ses leçons le mardi 17 novembre 1896, à 3 heures (21, rue Guénégaud), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Sont admis à ce cours tous les étudiants et docteurs en médecine.

On s'inscrit pour les exercices pratiques au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Daniel, 12; Vast, 10; Lefas, 8; Lévis, 11; Michel, 9; Nattan, 12; Alglave, 10; Wateau, 9; Bourgeois, 12; Prat, 11; Gougis, 8; Hivet, 14; Talandier, 12; Mercier, 6; Alf. Percheron, 6; Minet, 13; Housquains, 9; Rastouil, 13; Guillemard, 11; Emile Coudert, 12; Rivier, 9; Louhet, 11; Célos, 11; Deroyer, 10; Herscher, 11; Fossard, 12; Tournemelle, 12; Chastanet, 9; Mouchotte, 12.

Pathologie : MM. Toupart, 11; Bufnoir, 12; Cathelin, 8; Brécy, 11; Neveu, 10; Thorp, 10; Sentex, 9; Balthazard, 10; Pelisse, 13; Devé, 13; Pagniez, 11; Paris, 10; Zamfiresco, 10; Monsseaux, 12; Henri Bernard, 12; Wahl, 11; Bertrand, 11; de Font-Réaulx, 13; Nass, 11; Chauveau, 12; Battier, 9; Armand Degorce, 11; Heuzard, 9; Dide, 11; Polle, 11; Cochemé, 12; Ravaux, 12; Lagrange, 12; Ferrand, 11; Godineau, 10; Leroy-des-Barres, 12; Audard, 8; Baup, 11; Roglet, 9; Laubry, 13; Belliu, 11; Audistère. 12; Larrieu, 13; Tesson, 11; Bluysen, 12; Croisier, 12; André, 12; Poulain, 13; Camus, 11; Jean-Petit, 12; Renault, 10; Leven, 13; Bauricaud, 9; Maurice Guillot, 13; Pochon, 10.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Frumusanu, 14; Ferras, 18; Gilbert, 12; Guihal, 17; Hollande, 9; Hervoit, 17; Fouquet, 16; Charles Guichard, 1; Grillot, 15; Hardellet, 8; Gascheau, 17; Gillet, 14; Eonnet, 14; Gros, 11; Gaudeau, 13; Gatian de Cléramhault, 13; Faure-Beaulieu, 16; Fatout. 18; Mlle Entz, 16 1/2; MM. Enard, 9; Albert Garrigues, 15; Israels, 12; Garduer, 16; Mlle Iscovescu, 16; MM. Grelault, 11; Aron, 12; Antoine Garrigues, 15; François-Daimville, 13 1/2; Goyard, 9; Goulard, 15; Galliot, 10; Mlles Gorovitz, 16 1/2; Birfeld, 15; MM. Binet, 17; Henri Gaillard, 18; Candegabe, 2; Billard, 17; Bégué, 15; Elie Chateau, 11; Chastenet de Géry, 17; Calamet, 8; Aviat. 18; Boutteville, 4; Cailleux, 13 1/2; Chassaing, 7; Charlot, 12; Baudrand, 9; Beauvois, 17 1/2; Bussard, 13 1/2; Bachmann, 15; Burgand, 13; Baumgartner, 18; Blotin, 12; Burlot, 15; Bournisien de Valmont, 14; Bouchot, 13; Bachimont, 12; Beaufumé, 13; Henri Ahoulker, 8; Bouteron, 1; Apostolides, 5; Chamaillard, 3; Bornait-Lagueule, 17 1/2; Chalchat, 12; Bigex, 15; Arrivé, 14; Aguinet, 19; Rihet, 9; Fernand Bernheim, 9; Arroyo, 12; Bonrier, 18; Boileau, 9; Bacaresse, 12; Paul Bouchet, 16; André Berthier, 18; Adolphe Bœlle, 9; Bourlon, 4; Georges Blum, 13; Cazès, 10; Paul Berthier, 18; Bruandet, 17; Barcat, 15; Broussais, 11; Arrault, 10; Bournaret, 15; Brissy, 17; Brisard, 12; Cavart, 9.

Pathologie. — MM. Henri Mathieu, 10; Louvet, 14; Lacombe, 18; Kyriako, 5; Jouany, 10; Lebasteur, 15 1/2; Laurens, 19; Mareschal, 12; Jullian, 15 1/2, Larré, 11; Lefilliatre, 16 1/2; Joseph Mathieu, 13; Massard, 14; Mary, 15; Mantoux, 19 3/4; Marcland. 14; Laignel-Levastine, 14; Lauvinerie, 16 1/2; Lafforgue, 8; Loiselet, 13; Ladevère, 15; Jeannerat, 9; Lorenzo, 16; Lefer, 13; Lutier, 17; Magron; 6; Georges Lévy, 17; Joseph Mallet, 16; Lhermitte, 13; Legrand, 11; Lacoste, 14 1/2; Mainguy, 18; Lomhard, 12; Lemierre, 16; Laisné, 14; Gaston Maillard, 11; Landowsky, 14 1/2; Labiche, 19; Le Lorier, 20; Lepage, 11; Mahoudeau, 17 1/2; Aron. 19; Emile Maillard, 16 1/2.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 47 21 Novembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

AVIS. — Une assemblée extraordinaire des actionnaires de la Gazette Médicale *se tiendra au siège social, 6, rue de Monceau, le jeudi 17 décembre, à 5 h. 1/2.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Des suppurations à distance dans l'appendicite.

(TRAVAIL DU SERVICE DE M. TUFFIER)

Par Emile Piard, ancien externe des hôpitaux.

(*Suite.*)

CHAPITRE V

SUPPURATIONS PLEUROPULMONAIRES

Nous exposerons successivement ce qui concerne la plèvre et ce qui regarde le poumon.

§ A. — *Pleurésies purulentes à distance dans l'appendice.*

Jacob, dans sa thèse (Paris, 1892-93), a réuni un certain nombre d'observations relatives aux rapports de l'infection pleurale et de l'appendicite. Ces observations nous permettent d'évaluer la fréquence et l'importance de cette complication.

Ainsi Wolbrecht, dans sa thèse faite dans le service de Gerhardt, regarde la pleurésie comme très fréquente, il la note en effet 34 fois sur 89 malades atteints de pérityphlite, c'est-à-dire dans 38 0/0 des cas, et affirme qu'on la trouverait plus souvent si on la recherchait mieux. Jacob ne constate qu'une fois un petit épanchement à la suite de laparotomie pour appendicite à rechute.

Mais Terrillon rapporte 3 cas de pleurésie purulente sur 20 cas de pérityphlites.

Jalaguier a dû pratiquer l'empyème à un de ses malades pour pleurésie purulente. Kœrte enfin (*Klinische Wochenschrift*, nos 26 et 27, 1891) dit avoir trouvé 4 pleurésies purulentes sur 24 typhlites et il distingue ces pleurésies purulentes à distance des pleurésies par perforation du diaphragme.

Cet ensemble de faits nous montre l'importance des complications pleurales dans l'appendicite, leur fréquence relative, et nous incite à en préciser les conditions étiologiques et anatomiques pour les classer à leur rang dans l'étude d'ensemble que nous avons entreprise.

Les pleurésies purulentes peuvent survenir dans toutes les formes de l'appendicite, on les a signalées dans le cours des appendicites à marche rapide, accompagnant même une péritonite généralisée, comme dans les cas rapportés par Monod à la Société de Chirurgie, le 10 juillet 1895. Mais alors elles succèdent à l'effraction dans la plèvre d'une collection péritonéale par perforation du diaphragme et perdent leur valeur de lésion isolée à distance qui nous préoccupe dans ce travail. Les pleurésies purulentes véritablement métastatiques s'observent surtout dans les formes subaiguës ou chroniques de l'appendicite, apparaissent quelque temps après le début de la maladie et accaparent aux dépens de la lésion primitive l'attention du médecin. C'est là un premier point qu'il convient de mettre bien en relief. De plus, ces pleurésies siègent toujours à droite; il suffit de mentionner le fait, dont la situation de l'appendice indique trop bien la précision, pour qu'il faille insister.

Quant à la nature de la lésion appendiculaire qu'on observe en même temps que la pleurésie, elle est variable : le plus souvent il s'agit d'une lésion inflammatoire simple, plus rarement perforante, accompagnée ou non de suppuration périappendiculaire, en tout cas d'un gâteau de péritonite plastique plus ou moins étendu.

Ces caractères étiologiques étant fixés, il nous faut insister maintenant sur les désordres anatomiques qui nous permettront d'entrevoir les dissemblances des différents cas.

Dans l'abcès pleural de l'appendicite, nous étudierons d'après les faits et sans triage préalable : les parois, le contenu et les rapports de l'abcès.

Comme la plupart des pleurésies purulentes, celle qui accompagne l'appendicite est presque toujours enkystée, soit au niveau du diaphragme refoulant la base du poumon, soit dans la grande cavité pleurale. Les parois sont congestionnées, épaissies, tomenteuses et présentent souvent des marques appréciables de lymphangite pleurale. Ces parois limitent une cavité dont la forme et le volume sont variables : on peut trouver de petits foyers, on trouve

souvent une vaste collection purulente refoulant le poumon contre le médiastin et le sommet de la cavité thoracique, formée de 1 ou 2 litres de pus.

Le pus de ces empyèmes varie beaucoup: tantôt c'est nn pus jaunâtre, verdâtre, épais sans odeur fécaloïde — tantôt un pus noirâtre, contenant des débris stercoraux, exhalant une odeur fétide, franchement fécaloïde.

Comme la nature du contenu, les rapports de la poche diffèrent suivant les circonstances.

La pleurésie purulente peut être indépendante de toute lésion environnante, le diaphragme est intact, non perforé, le poumon ne présente que la zone superficielle de pneumonie corticale qui accompagne nécessairement tout épanchement pleural; il n'y a pas d'abcès au niveau du foie.

Dans d'autres circonstances presque semblables, le poumon présente une lésion : c'est ou bien une perforation bronchique qui résulte de l'évacuation du pus par vomique, ou bien un abcès du poumon plus ou moins éloigné de l'abcès pleural, relié à lui par une traînée de lymphangite et qu'on peut considérer comme cause ou comme effet de la suppuration pleurale qui l'accompagne.

Parfois une traînée de lymphangite s'accuse au niveau du centre phrénique auquel elle semble relier l'empyème d'une part, tandis qu'elle répond de l'autre à une suppuration hépatique; nous avons signalé la possibilité de cette disposition, à propos des abcès du foie.

Parfois, enfin, l'épanchement pleural est relié à un foyer sous-diaphragmatique par une perforation du diaphragme : on observe un véritable abcès en bouton de chemise; nettement la pleurésie purulente n'est plus une lésion isolée, elle devient une lésion consécutive par effraction d'une collection péritonéale dans la plèvre, une complication de celle-ci.

Dans ces derniers cas, le foyer sous-diaphragmatique est lui-même tantôt séparé de l'appendice, c'est un abcès à distance du péritoine comme ceux que nous avons étudiés au chapitre deuxième ou un abcès hépatique à distance, tantôt relié à l'appendice, constituant l'abcès périappendiculaire lui-même de siège anormal, mais contenant un pus chargé de débris stercoraux.

Dans les pleurésies purulentes par effraction, nous trouvons donc, comme dans la plupart des groupes que nous avons étudiés ici, le phlegmon juxta-appendiculaire, jouant parfois le rôle apparent d'abcès à distance, mais se différenciant de cette forme d'abcès par son contenu fécaloïde et la présence de l'appendice dans la poche.

Ces diverses variétés d'épanchements pleuraux tendent à s'évacuer par vomique et peuvent ainsi marcher vers la guérison ou bien en l'absence d'évacuation, après une évacuation insuffisante de leur contenu, deviennent l'origine d'une septicémie chronique ou d'un pyopneumothorax.

Rien n'est précis dans l'histoire clinique des suppurations pleurales de l'appendicite : comme leur anatomie pathologique, leurs symptômes varient suivant les cas et on ne peut guère qu'ébaucher des formes cliniques dont le seul fond commun est la présence d'un épanchement purulent thoracique avec ses signes physiques classiques, sur lesquels nous n'insisterons pas.

Dans les cas d'infection péritonéale massive ou rapide, péritonite généralisée ou péritonite enkystée à foyers multiples, la pleurésie purulente intervenant, constitue un simple épiphénomène, une manifestation si effacée par la prédominance des symptômes abdominaux que, le plus souvent, elle n'est découverte qu'à l'autopsie.

Tout différemment elle se comporte quand elle résulte de l'extension à la plèvre par perforation du diaphragme, d'un foyer périappendiculaire de siège élevé : son apparition est alors précoce, survient quelques jours après le début des accidents; ceux-ci ont présenté, dans leur marche, quelque chose d'anormal ; ils se sont localisés d'emblée dans l'abdomen supérieur, la douleur de la colique appendiculaire a simulé une colique hépatique, la fosse iliaque n'est ni sensible à la pression, ni empâtée, mais on peut bientôt apprécier, au niveau de l'hypochondre droit, une tuméfaction diffuse qui fait penser à un phlegmon biliaire, ou à une péritonite localisée, liée à une perforation du duodénum ou de l'estomac, quand bientôt les signes fonctionnels, la dyspnée vive, une nouvelle exacerbation thermique, viennent fixer l'attention sur le thorax et y faire apprécier l'existence d'une augmentation de volume du côté droit et de tons les symptômes physiques d'un pyo et souvent d'un pyopneumothorax. Cet épanchement purulent et gazeux évolue au milieu des phénomènes graves d'une pleurésie putride, avec de grandes oscillations thermiques, des frissons, de la diarrhée, l'émaciation des traits, le teint terreux du visage, et aboutit en quelques jours à la mort ou à une vomique formée de pus noirâtre, horriblement fétide, contenant des débris fécaloïdes.

Cette allure clinique n'est point celle des véritables pleurésies purulentes à distance : nous ne trouvons dans ces dernières ni la marche rapide, ni le contenu gazeux et fécaloïde de l'abcès qui implique la relation du foyer pleural avec la perforation appendiculaire.

C'est quelque temps après l'accalmie du drame appendiculaire qui s'est déroulé en son siège normal, au niveau de la fosse iliaque où persiste un empâtement révélateur, que l'atteinte infectieuse de la plèvre se signale par une rechute de l'état général en train de s'améliorer, par une élévation thermique, par un point de côté et une dyspnée plus ou moins vive.

Dès lors, l'attention du médecin se tourne vers le thorax où il constate tous les signes physiques d'un épanchement enkysté de volume variable. En présence d'une élévation thermique moindre et avec oscillations moins accentuées que dans le cas précédent, en présence d'une gravité moins alarmante des phénomènes généraux, il espère un épanchement séreux et temporise jusqu'à ce que la tendance à la cachexie, l'hecticité, l'apparition d'une vomique ou d'un empyème de nécessité vienne l'éclairer plus ou moins brutalement sur la réalité de la lésion. Le pus évacué n'est pas fécaloïde, il est plus franc, plus louable, et si la voie d'évacuation naturelle ou chirurgicale est bien située et assez large, la guérison tend à se faire rapidement, après la vomique ou l'intervention.

Ainsi : moindre rapidité du début qui survient quelque temps après une attaque d'appendicite nette, moindre rapidité de l'évolution, moindre atteinte de l'état général, absence de gaz et de matières stercorales dans la poche purulente qui tend à guérir après une évacuation suffi-

sante, tels sont les caractères distinctifs de cette variété de pleurésie purulente de l'appendicite.

Le diagnostic de la pleurésie purulente d'origine appendiculaire est souvent entouré de difficultés. Il est relativement aisé dans le dernier mode que nous venons d'étudier, parce que l'attaque appendiculaire ne se confond pas avec l'infection pleurale, qu'un certain intervalle de temps sépare leur manifestation respective et met ainsi chacune mieux en relief.

Mais combien plus épineux se pose ce diagnostic quand les phénomènes péritonéaux et pleuraux sont confondus dans la manifestation d'une infection massive; quand la pleurésie succède à un pyothorax sous-pleural à distance du foyer primitif, consécutif parfois à une suppuration hépatique d'origine appendiculaire; quand, par suite du siège élevé de l'appendice, le phlegmon primitif juxta-appendiculaire et sous-diaphragmatique d'emblée crée l'infection pleurale par effraction du diaphragme et de la plèvre.

Nous ne pouvons que signaler les écueils à éviter ; rappelons que, par une minutieuse analyse clinique, on peut différencier le pyothorax sous-diaphragmatique de la pleurésie purulente; — qu'on peut, en cas de pleurésie purulente, soupçonner son rapport avec l'appendice quand, à la constatation du pus, on joint celle de la présence des gaz; — que l'absence de symptômes antérieurs relatifs à l'estomac, au duodénum et à la vésicule biliaire, devra toujours faire présumer le rôle de l'appendice dans une pleurésie purulente précédée de troubles abdominaux.

La connaissance de tous ces faits pourra certes éviter beaucoup d'erreurs ; nous tenons à signaler qu'il en est d'inévitables : nulle n'est plus frappante que celle de Jalaguier qui, trouvant du pus dans le thorax par la ponction au niveau du 9e espace intercostal, et pensant à une pleurésie purulente à distance de l'appendicite, trouva au cours de son intervention, le pus, non dans la cavité pleurale, mais dans le tissu cellulaire sous-séreux; il s'agissait de la propagation d'un foyer lombaire!

Ce que nous venons de dire de l'anatomie pathologique et des symptômes de la pleurésie purulente dans l'appendicite nous enseigne à l'évidence que cette pleurésie n'est pas une dans le mécanisme de sa production.

On peut diviser les cas qui se rapportent à cette complication en deux groupes :

La pleurésie *par effraction* et la pleurésie *à distance*.

Le premier de ces groupes ne nous intéresse plus, les pleurésies qui y rentrent ne sont jamais qu'une complication due à l'extension du foyer périappendiculaire ou de foyers à distance que nous avons déjà décrits.

Le second groupe, celui des pleurésies à distance, au contraire, nous paraît isolé, sans relations apparentes ou appréciables avec l'appendicite, et nous désirons maintenant préciser autant que possible par quelle voie il peut en découler.

Pour l'établir, nous ferons appel à deux ordres de faits d'inégale valeur, mais dont la concordance ne peut nous laisser aucun doute : nous voulons parler des constatations anatomiques et des analyses qui rapprochent les pleurésies d'origine appendiculaire des pleurésies d'origine génitale.

Les constatations anatomiques sont les suivantes : en rapport avec le foyer pleural, on observe souvent une lymphangite du feuillet pariétal de la plèvre qui se prolonge sur le centre phrénique et sur le feuillet pariétal du péritoine; d'autre part, le cæcum est adhérent, le péritoine viscéral qui le recouvre est relié par des brides nombreuses de péritonite plastique au feuillet pariétal.

Mettre en regard ces deux faits, c'est déjà indiquer l'idée qu'ils font naître et que nous adoptons : c'est par une lymphangite du feuillet pariétal du péritoine que se propage au niveau du centre phrénique l'infection appendiculaire, qui, à ce niveau, grâce aux riches anastomoses réunissant les lymphatiques des deux séreuses, passera facilement dans les lymphatiques pleuraux et se fixera sur la plèvre; — c'est par l'intermédiaire des néo-membranes plastiques unissant l'appendice au feuillet pariétal du péritoine que les lymphatiques de celui-ci peuvent recueillir l'agent infectieux grâce aux néo-anastomoses lymphatiques.

Ce que nous savons de la pathogénie de la pleurésie purulente dans l'infection puerpérale vient exactement à l'appui des conclusions qu'inspire le seul examen critique des circonstances anatomiques. Dans l'infection puerpérale aussi, l'infection est d'abord canaliculaire, salpingienne ou utérine, puis s'accompagne de pelvipéritonite plastique qui, en même temps qu'elle protège le péritoine, semble étendre et diffuser le germe pathogène au pourtour de l'organe atteint; — et c'est aussi quand apparaissent les lésions péritonéales que survient à distance, grâce certainement aux riches anastomoses lymphatiques des deux séreuses, la pleurésie purulente par lymphangite pleuro-péritonéale. Le fait a été constaté maintes fois.

La participation simultanée des deux séreuses à une infection qui atteint l'une d'elles, n'est-elle pas, d'ailleurs, un fait banal dans l'histoire des péritonites et ne pouvons-nous pas rappeler à ce propos la loi de Godelier?

Nous sommes donc fondés à dire que c'est par lymphangite pariétale pleuro-péritonéale que l'appendicite retentit sur la plèvre, et que la péritonite périappendiculaire, par ses néo-membranes, favorise l'apparition de cette lymphangite en ouvrant des portes nouvelles à la dissémination de l'agent pathogène contenu dans l'appendice.

De ce chapitre nous paraissent ressortir les propositions suivantes :

1° La pleurésie séreuse ou purulente est fréquente dans l'appendicite;

2° Cette pleurésie est généralement unilatérale et siège à droite;

3° Elle peut constituer le phénomène unique et prédominant d'une infection à distance sans rapport avec l'appendice et paraît, dans ce cas, résulter d'une lymphangite pleuro-péritonéale;

4° Elle n'est parfois qu'un phénomène accessoire des suppurations hépatiques ou pulmonaires à distance;

5° Elle succède enfin dans d'autres circonstances à l'ouverture par effraction diaphragmatique dans la cavité pleurale d'une collection péritonéale qui est, soit un abcès à distance de l'appendice, soit le phlegmon périappendiculaire lui-même;

6° Il faut donc distinguer dans les pleurésies purulentes liées à l'appendicite des pleurésies par propagation et des pleurésies par effraction.

§ B. — *Suppurations pulmonaires à distance.*

Les suppurations pulmonaires observées dans l'appendicite sont de deux ordres : les unes sont connexes ou consécutives aux pleurésies purulentes, reliées au foyer pleural par des traînées de lymphangite ou résultant de la tendance à l'évacuation de ce foyer à travers le parenchyme pulmonaire; elles appartiennent à l'histoire de la plèvre dont nous venons de fixer les traits.

Les autres apparaissent indépendamment de tout foyer pleural ; ce sont celles que nous désirons étudier ici, passant rapidement sur leurs particularités anatomiques et symptomatiques importantes, pour montrer surtout par quelles voies elles se produisent et comment, rarement isolées, elles manifestent presque toujours une septicémie déjà généralisée.

Nous avons peu de renseignements sur la fréquence des foyers suppurés du poumon dans l'appendicite ; quelques observations éparses les signalent comme une curiosité d'autopsie : ils sont, en tout cas, plus rares que les abcès pleuraux et que les abcès du foie.

Les circonstances où nous les observons sont de deux ordres : tantôt ils coexistent avec les abcès du foie, tantôt avec d'autres suppurations éparses dans le cerveau, dans le rein, avec une endocardite.

Anatomiquement, ces abcès offrent entre eux de grandes analogies dans les diverses observations : ce sont de petites collections dont la grosseur varie, les plus considérables sont comparées à une cerise, les plus petites à un grain de chènevis; — presque toujours elles sont multiples et disséminées dans l'étendue du parenchyme hépatique : toutefois, de leur confluence peut résulter une cavité plus considérable de forme irrégulière. Par ces caractères constants les abcès du poumon de l'appendicite se classent d'eux-mêmes dans les *abcès pyémiques*.

Leur symptomatologie contribue à les identifier à ces abcès; de la dyspnée, de la toux, des douleurs intrathoraciques, des râles fins disséminés sans physionomie précise, peu ou pas de modifications de la sonorité thoracique, tels sont les seuls signes d'après lesquels on pourra présumer l'infection pulmonaire au cours de l'appendicite. Encore ces signes locaux perdraient-ils toute valeur en dehors des symptômes généraux qui les accompagnent; ceux-ci sont ceux des septicémies : prostration générale, amaigrissement rapide, teint cachectique, délire, anémie absolue, température élevée à grandes oscillations; ils assignent aux complications pulmonaires leur vraie place, celle d'un phénomène secondaire dans le cours d'une infection générale.

Le diagnostic est le plus souvent impossible; dans la majorité des cas, on n'a pas cherché à le préciser et la suppuration pulmonaire a été une trouvaille d'autopsie.

Si les abcès du poumon de l'appendicite ne légitiment pas par une particularité anatomique ou clinique une attention plus soutenue, ils nous semblent par leur signification étiologique mériter une investigation plus minutieuse.

Leur origine pyémique n'étant pas douteuse, leur apparition signale donc une septicémie qui a déjà dépassé le cœur droit et qui menace le cœur gauche et, par son intermédiaire, toute l'économie : or, pour arriver de l'appendice au cœur droit, l'agent infectieux n'a pu suivre que deux voies : la voie veineuse par la veine-porte, le foie, les veines sus-hépatiques et la veine cave inférieure; — la voie lymphatique par les chylifères, le canal thoracique et la veine cave supérieure.

Quelle est donc celle de ces deux voies que prend de préférence le germe pathogène pour arriver au poumon?

Nous avons dit à propos des suppurations hépatiques que le foie retenait le plus souvent l'infection qui l'atteint par voie veineuse et que s'il la diffusait c'était plutôt par l'intermédiaire des lymphatiques et autour de lui, que par les veines sus-hépatiques dans le poumon.

Toutefois, dans un cas de Legg rapporté dans la thèse de Berthelin, on observait un caillot thrombosique occupant une grosse branche sus-hépatique et dont une extrémité répondait à un abcès du foie, tandis que l'autre se terminait à 3 pouces de l'embouchure de la veine cave. C'est la preuve matérielle que l'infection veineuse peut dépasser le foie et se répandre par les veines sus-hépatiques et le cœur droit.

D'ailleurs, dans la thèse de Gendron, nous trouvons une observation de Dance et Waller qui signale la coexistence d'un abcès du poumon et d'un abcès du foie et des faits de Budd, Bull et Hoffmann qui signalent des foyers pulmonaires, mais sans noter l'état du parenchyme hépatique.

Si l'atteinte du poumon par voie veineuse est donc exceptionnelle, elle n'est pas impossible, et la barrière hépatique si elle est solide n'est pas infranchissable, mais tout au plus rarement franchie.

C'est donc par voie lymphatique, par le canal hépatique et la veine cave supérieure que le poumon paraît pouvoir s'infecter au cours de l'appendicite dans la majorité des cas.

Telle sera la brève conclusion de ce paragraphe. Il nous semble inséparable de celui qui va suivre et nous craindrions de l'isoler en spécifiant, par des propositions précises, le caractère des suppurations pulmonaires qui n'ont rien de particulier, et constituent au contraire de simples localisations fortuites d'une infection sanguine, que le cours normal du sang va bientôt porter au delà du poumon.

CHAPITRE VI

FOYERS SUPPURÉS A DISTANCE DANS DIVERS ORGANES

On a observé, dans le cours de l'appendicite, des infections cardiaques, des abcès du cerveau, des parotidites suppurées, des abcès du rein.

Endocardites. — Nos observations contiennent deux faits, l'un de Schwartz, l'autre de Tuffier, où sont relatés, dans le cours d'infections à distance, de l'endocardite dans l'une, de l'endocardite et de la myocardite dans l'autre. Achard (Société médicale des Hôpitaux, 6 novembre 1894) a signalé l'endocardite parmi les accidents de septicémie générale dont l'abcès du foie d'origine appendiculaire est la première localisation.

Abcès cérébraux. — Nous possédons deux observations d'abcès cérébraux et de méningite ayant causé la mort dans la septicémie d'origine appendiculaire; l'une, de Mac Clelland, est signalée par Berthelin dans sa thèse; l'autre, qui nous a été fort obligeamment communiquée par Roux (de Lausanne), est inédite. Voici son résumé :

Observation de Roux (inédite).

Appendicite. Accidents de péritonite. Laparotomie.

Le deuxième jour qui suit la laparotomie, pneumonie droite. Le quatrième et le sixième jour, apparition de deux phlegmons parotidiens, puis symptômes méningitiques et mort.

A l'autopsie, méningite de la hase. Abcès situé derrière le chiasma des nerfs optiques. Le pus de l'abcès parotidien et le pus de l'abcès périappendiculaire contenaient tous deux du streptocoque.

Le pus de l'abcès cérébral n'a pas été examiné.

Parotidites suppurées. — Les parotidites ont été signalées par Achard (Société médicale des Hôpitaux), par Vaussy, par Routier (Société de Chirurgie, 17 juillet 1893), par Roux (de Lausanne), enfin, qui a eu l'extrême bienveillance de nous signaler une demi-douzaine environ de cas de parotidites survenues quarante-huit heures après le début des accidents péritonéaux, auxquelles il incline à attribuer une origine buccale par infection canaliculaire, en raison de leur apparition précoce, du bon état général et de l'apparence satisfaisante de la langue, sans rejeter toutefois la possibilité d'une infection par voie sanguine. Ce dernier mode d'infection nous paraît, en particulier, pouvoir être invoqué dans l'observation d'abcès cérébral accompagné de parotidites que nous avons rapporté plus haut (observation de Roux). Dans cette observation, en effet, l'apparition des parotidites coïncidant avec d'autres suppurations métastatiques, l'existence dans le pus de ces parotidites des mêmes microorganismes que dans le pus de l'abcès appendiculaire, plaident nettement en faveur de leur origine pyohémique.

Les parotidites survenues dans le cours de l'appendicite ne semblent donc pas reconnaître toujours une pathogénie identique. En l'absence de renseignements plus précis, nous poserons, à ce sujet, comme Roux, un point d'interrogation.

Abcès du rein. — Comme dans toute septicémie générale, les localisations rénales de l'infection doivent être fréquentes au cours de la septicémie d'origine appendiculaire.

Pourtant les renseignements nous font défaut à leur sujet et nous ne trouvons qu'une observation sur leur compte. Nous la rapportons ci-dessous :

Observation de Waller (Thèse de Gendron, 1883).

Mort par infection générale au cours d'une typhlite.

A l'autopsie, le rein droit présente plusieurs petits abcès disséminés dans le parenchyme.

Ces abcès résultent peut-être du phlegmon iliaque avoisinant.

Nous reproduisons telle quelle cette observation, mais l'interprétation que donne l'auteur de l'existence des foyers rénaux nous paraît peu probable. L'infection du rein nous semble, en raison de la dissémination, du nombre et de la taille, avoir été le résultat d'une septicémie.

Une *phlébite de la jambe gauche* est signalée par Roux.

Abcès de la rate. — Nous avons signalé la splénomégalie et la congestion de la rate qui sont fréquentes lorsque l'appendicite se complique d'abcès du foie. On peut observer également des abcès métastatiques de la rate, ainsi qu'en témoigne une observation d'Oppenheimer (Talamon, de l'Appendicite, p. 194).

Toutes ces localisations diverses de l'infection générale de l'organisme ont ceci de commun qu'elles surviennent à titre de simples épiphénomènes fixant plus on moins l'attention au milieu de symptômes graves d'une septicémie qui occupent le premier plan.

L'observation de Roux, que nous avons reproduite plus haut, nous montre de plus que plusieurs organes sont touchés simultanément ou successivement à bref intervalle, ce qui augmente encore la confusion du tableau clinique. Aujourd'hui, c'est une broncho-pneumonie qui appelle la sollicitude du médecin, demain une tendance syncopale, de l'arythmie cardiaque feront craindre la défaillance subite du myocarde ; dans quelques jours des vomissements, de l'hyperesthésie, des contractures, du strabisme indiqueront l'atteinte méningée ou cérébrale à laquelle va succomber le malade. D'un moment à l'autre, des signes nouveaux viennent établir l'extension croissante de l'infection qui éveille la symptomatologie propre à chaque organe.

La mort semble survenir par le fait d'une lésion isolée d'un des grands appareils, poumon, cœur ou cerveau, alors qu'elle résulte en réalité du fait même de la septicémie, simplement hâtée par l'entrave physiologique qu'apporte incidemment celle-ci à une fonction vitale.

La guérison n'est pas impossible ; le malade de Tuffier guérit après quinze jours d'une infection cardiaque grave touchant à la fois le muscle et ses enveloppes, mais le fait est exceptionnel.

Heureusement, la septicémie générale est rare dans l'appendicite ; cela tient, comme l'a parfaitement précisé Roux, dans la communication qu'il a bien voulu nous faire, à ce qu'on opère tôt aujourd'hui, à ce que l'affection non soignée et à évolution rapide marche trop vite vers une terminaison pour que les métastases aient le temps de se produire, à ce que, enfin, lorsque l'appendicite évolue lentement, elle est le plus souvent bénigne et tend à demeurer une maladie locale.

CHAPITRE VII

BACTÉRIOLOGIE DES SUPPURATIONS A DISTANCE

Nous avons malheureusement peu de documents précis pour fixer cette importante question.

Dans un cas d'abcès à distance de la paroi abdominale, opéré par Tuffier, on a constaté l'existence de colibacilles.

Dans plusieurs abcès du foie rapportés par Berthelin, le même colibacille a été trouvé et a paru être l'agent actif de la suppuration.

Dans un cas de parotidite que nous a communiqué Roux, nous avons vu que la présence du streptocoque avait été démontrée à la fois dans l'abcès périappendiculaire et dans la parotide.

Tels sont les seules constatations indiscutables sur lesquelles nous puissions nous appuyer.

Toutefois il y a une grande présomption pour supposer que les mêmes microorganismes qui créent l'abcès périappendiculaire sont en cause dans les suppurations éloignées.

Or, les études expérimentates récentes de Roger et de de Klecki nous ont éclairé notablement sur la nature de

la flore microbienne des appendicites et sur quelques points du mode de migration des agents infectieux primitivement développés dans la cavité de l'appendicite.

Roger (Société médicale des Hôpitaux, 31 janvier 1895), faisant part de ses recherches sur l'appendicite expérimentale par ligature de l'appendice, déclare que dans le pus épais de ces appendicites kystiques artificielles, il a trouvé le colibacille à l'état de pureté et que la virulence de ce microbe était très exaltée.

De Klecki (Annales de l'Institut Pasteur, septembre 1895), dans une étude sur la pathogénie de la péritonite d'origine intestinale, n'est pas arrivé tout à fait aux mêmes conclusions; comme Roger, il incrimine comme agent infectieux le colibacille, mais pense que l'exaltation de sa virulence, produite par la ligature de l'intestin, tient dans la plupart des circonstances à sa symbiose avec d'autres espèces microbiennes et en particulier avec le streptocoque.

Colibacille seul quelquefois ou colibacille associé au streptocoque plus souvent, seraient ainsi les agents véritables des suppurations d'origine intestinale et ce sont eux, en effet, que nous avons retrouvés dans les quelques cas de suppuration à distance dont nous possédons l'examen bactériologique. Nous pouvons concevoir très facilement que, dans l'association coli-bacille-streptocoque, ce dernier arrive à prédominer quelquefois et ainsi s'expliquerait le fait que Roux l'ait seul découvert, et dans l'abcès appendiculaire et dans une parotidite métastatique.

Comme les expériences dont nous venons d'exposer les résultats constituent les seuls éléments que puissent appuyer notre hypothèse, nous fermerions ce chapitre en concluant que, selon toute probabilité, colibacille et streptocoque seuls ou associés sont les agents actifs des suppurations à distance, si nous ne tenions à insister sur un fait intéressant qu'a démontré de Klecki au cours de ses expériences.

De Klecki a prouvé, en effet, qu'en ce qui concerne le passage des microorganismes à travers les parois de l'intestin, il se fait de façons diverses suivant l'état anatomique de celles-ci. Il peut être direct et immédiat à travers une paroi nécrosée, servant pour ainsi dire de milieu de culture aux microbes; il n'en est plus de même si les parois de l'intestin sont simplement tuméfiées, vascularisées.

Dans ce cas, on ne voit les microbes que dans la sous-muqueuse ou dans la tunique sous-séreuse où ils sont très nombreux dans les vaisseaux et dans l'intérieur des cellules. Le passage des microbes à travers la paroi intestinale n'a donc pas lieu par voie directe, mais ceux-ci font un détour par la voie vasculaire dans la paroi de l'intestin.

Cette constatation nous paraît d'une extrême importance en ce qui concerne les suppurations à distance; elle montre comment les microbes, même en cas de lésion appendiculaire minime et à peine appréciable, sont transportés à l'entrée des voies vasculaires qui peuvent les entraîner au loin, avant même que le péritoine soit touché.

Toute appendicite crée donc l'imminence d'une infection microbienne à distance, et ainsi s'explique clairement entre autres, le fait que l'abcès du foie d'origine appendiculaire puisse apparaître, sans abcès périappendiculaire, sans ulcération muqueuse de l'appendice, grâce à de simples lésions congestives et œdémateuses de cet organe, comme nous en avons cité plus d'un exemple.

Les expériences de de Klecki viennent trop bien à l'appui de nos présomptions pour que nous ayons pu renoncer au plaisir de les citer dans ce chapitre qui traite des agents de l'infection à distance.

(*A suivre.*) (*Archives générales de Médecine.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

Kyste hydatique du poumon.

M. Tuffier (de Paris). — On accepte aujourd'hui l'intervention dans les kystes hydatiques du poumon. Quantité d'observations démontrent que la pneumotomie est la méthode de choix.

Quand il s'agit des kystes centraux non suppurés, l'intervention est assez rare. Cependant on en peut relever quelques cas affirmatifs.

Un médecin des îles Canaries atteint depuis deux ans d'un kyste du poumon vint me demander de l'opérer. D'une constitution robuste, tous les signes de tuberculose au début avec poussées d'épanchement pleural à la base du poumon droit s'étaient manifestés. Différents médecins de France et d'Espagne avaient émis cette même opinion. Mais plus tard, se manifestèrent des douleurs intrathoraciques, des crachats sanguinolents parurent mêlés à quelques membranes hydatiques, et le malade vint alors me trouver. Bien que les avis des divers médecins consultés fussent partagés sur le siège de la tumeur, tous s'accordaient à reconnaître le kyste. Les uns diagnostiquaient un kyste de foie ouvert dans le poumon, d'autres plaçaient la cavité dans le lobe inférieur droit. Les adhérences pleurales consécutives aux poussées pleurétiques antécédentes étaient admises unanimement.

L'opération a lieu en mai dernier avec le concours de M. Terrier. Je fais une incision oblique de quinze centimètres sur le bord postérieur de la ligne auxillaire. Après avoir ouvert la séreuse péritonéale, j'examine la face convexe du lobe droit que je trouve normale et je la referme avec les plus grands soins. Au cours de cette incision la séreuse qui débordait la douzième côte est ouverte, et une certaine quantité d'air y pénètre. L'orifice pleural est refermé par suture. Le kyste étant pulmonaire, je continue l'incision et j'ouvre le neuvième espace intercostal. Je vois que l'exploration du poumon est impossible, vu la couche d'air existant dans la plèvre et l'écartement des feuillets pleuraux. En continuant mon opération, après que la respiration est redevenue calme et le pouls naturel, je remarque que le poumon est rétracté et ne peut donc être exploré avec les doigts. Apercevant sa base blanche, je suppose le kyste à ce niveau et je l'amène dans la plaie avec deux pinces à préhension. Je puis ainsi suturer le parenchyme pulmonaire à la plèvre, pratiquer une incision au bistouri sans qu'il survienne d'hémorrhagie. Les hydatides sortent alors de la poche soumise au nettoyage et garnie de gaze aseptique. Puis fermeture de toute la plaie. Les suites de l'opération ne présentèrent rien de particulier. Après quelques semaines l'état général du malade était satisfaisant.

Le diagnostic entre un kyste du foie ouvert dans les bronches et un kyste du poumon est des plus délicats, et c'est vers le foie que doit d'abord se diriger l'opération. Au point de vue clinique il est de même très difficile de préciser exactement les adhérences pleurales dans les kystes hydatiques du poumon.

La pneumotomie est le moyen le plus sûr. On lui doit un nombre de guérisons bien supérieur à l'expectation médicale. Il faut employer la chloroformisation de préférence à l'éthérisation, et éviter surtout toute hémorrhagie.

Chirurgie de l'estomac.

M. Doyen (de Reims) est un des premiers chirurgiens qui ait recommandé la gastro-entérostomie dans les cas invétérés d'ulcère et d'hyperchlorhydrie. Les premiers résultats remontent à quelques années, et ont été d'autant plus satisfaisants que l'évacuation de l'estomac a été plus complète.

Les malades supportent à peu près toute nourriture, et sauf certains cas particuliers la santé des opérés est excellente.

Parmi toutes ces opérations, actuellement assez nombreuses, quelques-unes ont été uniquement exploratrices, d'autres ont eu trait au cancer. Les résultats ont surtout été heureux dans les cas d'ulcère ou d'hyperchlorhydrie, et les guérisons sont de plus en plus nombreuses.

Aujourd'hui la plupart des chirurgiens sont en faveur de cette opération ; seule la manière de la pratiquer est encore débattue. Deux plans de suture suffisent, et sauf certains chocs chez les malades affaiblis, ou une mauvaise direction du jéjunum après la rétraction de l'estomac, jamais les sutures ne cèdent. Il faut donc apporter le plus grand soin à disposer l'anse jéjunale descendante de façon à ce qu'il ne puisse se produire de reflux dans le duodénum. La suture en Y de M. Roux (de Lausanne) est l'une des meilleures pour cette opération.

Nous ne saurions recommander le bouton de Murphy ni les plaques de Senn. L'entéro-anastomose par sphacèle est de même reconnue comme défectueuse.

Pylorectomie pour cancer de l'estomac au début.

M. Chaput (de Paris). — Un malade âgé de cinquante et un ans, présentant tous les signes de sténose gastrique, me fut envoyé par MM. Mathieu et Toupet : vomissements abondants et fétides toutes les nuits, évacuation par la sonde gastrique d'une grande quantité de liquide fétide le matin à jeun. L'état général était bon, pas de signes de cancer.

Un anneau néoplasique au pylore m'est démontré par la laparotomie : résection de cette masse, après quoi je referme en cul-de-sac l'estomac et le duodénum par une suture à deux étages.

J'établis une gastro-entérostomie entre la première anse du jéjunum et la face antérieure de l'estomac. Au moyen de deux pinces courbes, je fais un pli à l'estomac ; après incision de ce pli, je borde l'orifice d'un surjet à la soie. Mon bouton est ensuite introduit dans cette incision, et le surjet noué au fond de la gouttière du bouton. J'agis de la même façon sur l'intestin.

Un second étage de sutures est évité, en rapprochant les bords de la gouttière du bouton à travers les parois stomacales et intestinales.

Cette opération a parfaitement réussi, et la guérison en a été simple et prompte. Tous vomissements ont cessé, et l'opéré a sensiblement augmenté de poids en peu de temps.

Après examen, il a été démontré qu'on s'était trouvé en présence d'une hypertrophie musculaire du pylore avec petite ulcération de la muqueuse. Un petit îlot microscopique de tubes d'épithélium pavimenteux, métatypique (lésion caractéristique du cancer d'après M. Toupet), a été constaté au bord de l'ulcération.

On ne saurait trop insister sur les avantages d'une prompte opération dans les cas analogues, opération sans danger et qui permet d'espérer la non-récidive.

Traitement des diverticules de l'œsophage.

M. Girard. — Les diverticules de l'œsophage sont caractérisés par une dysphagie telle que souvent elle aboutit à l'impossibilité de la déglutition et à la mort par inanition.

On peut aborder cette affection par des traitements non opératoires et par des traitements opératoires. Les premiers consistent en sondages réguliers, dans l'emploi de la position couchée. Mais plusieurs critiques leur ont été adressées, qui leur font préférer par nombre d'auteurs le second mode d'intervention. Si le diverticule siège bas, il est impossible pour ainsi dire de l'aborder directement ; c'est à la gastrostomie qu'on a alors recours. Réséquer le diverticule est souvent dangereux, et sur neuf observations publiées, on peut compter trois morts.

J'ai tenté de pratiquer l'invagination du diverticule dans l'œsophage. L'oblitération du sac ainsi retourné a été faite par deux ou trois étages de sutures en bourses au catgut, au fur et à mesure de la réduction. Le diverticule est ainsi transformé en un bourrelet solide, qui saille très peu dans l'œsophage. Plus tard ce bourrelet va s'atrophier, comme je peux le supposer par les succès obtenus chez deux malades que j'ai opérés par ce procédé

Il est bien évident que comme toute méthode, celle-ci à ses indications. Les diverticules de calibre et de longueur modérés en seront seuls justiciables. On fera plutôt usage de la résection si le diverticule est ancien, volumineux, en forme d'ampoule.

Traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

M. Péan (de Paris). — La chirurgie stomacale fut dirigée tout d'abord contre le cancer de cet organe, surtout contre le cancer circonscrit de la région pylorique : c'est la pylorectomie à laquelle on s'adressa tout d'abord.

Plus tard, on vit que la masse cancéreuse était souvent trop étendue pour pouvoir être enlevée. La gastro-entérostomie fut alors imaginée, qui laisse l'obstacle pylorique, mais crée une voie nouvelle pour le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin, soit à l'aide de sutures, soit à l'aide du bouton de Murphy.

La chirurgie stomacale s'est encore beaucoup élargie, et nombreuses sont les opérations qu'on peut pratiquer aujourd'hui sur l'estomac. On a pratiqué des pyloroplasties pour les sténoses bénignes du pylore, on a réséqué les portions d'estomac affectées d'ulcères chroniques.

Le point spécial sur lequel porte cette communication, c'est l'étude des progrès qui se sont accomplis dans la résection de l'estomac cancéreux.

La pylorectomie est, deux fois sur trois, suivie de bons résultats, à condition d'opérer sur des malades encore jeunes, pas trop débilités, à lésion limitée. Beaucoup plus difficile est l'abouchement du duodénum à l'estomac chez les malades cachectiques, ayant les ganglions épiploïques déjà affectés. Aussi vaut-il mieux alors recourir à l'abouchement du duodénum avec une portion d'estomac conservée autre que celle qui correspond aux lèvres réséquées de cet organe. Le duodénum est, en effet, la voie la plus directe et la plus normale pour le passage des aliments. Son abouchement, de plus, n'a pas les inconvénients reprochés à la gastro-jéjunostomie.

Lorsque le cancer de l'estomac est généralisé, on emploie une opération palliative.

L'abouchement de l'estomac doit être alors fait avec une anse du jéjunum rapprochée du duodénum, en remplaçant, autant que possible, les sutures par le bouton de Murphy. On pourra aussi employer une autre méthode palliative.

Les idées qui précèdent peuvent être résumées dans les conclusions suivantes :

Depuis vingt-cinq ans, les méthodes opératoires se sont multipliées. La pylorectomie, la gastro-duodénostomie sont des opérations radicales. La gastro-entérostomie est, au contraire, un moyen palliatif. La pylorectomie s'adresse aux tumeurs petites, mobiles, sans généralisation, chez des malades encore jeunes. Si, seule, la première portion du duodénum est altérée et si la portion malade de l'estomac peut être réséquée, on peut intervenir en conservant une portion de l'estomac voisine du cardia. Mais il ne faudra pas alors rapprocher l'orifice duodénal de celui de l'estomac, comme dans la pylorectomie ; on suturera à étages la plaie de l'estomac et on abouchera le duodénum à la portion restante : c'est la gastro-duodénostomie.

Cette anastomose se fera plutôt par le bouton de Murphy que

par les sutures ordinaires. Enfin, chez les malades cachectiques, on abonchera le jéjunum à la face antérieure ou postérieure de l'estomac; le bouton de Murphy sera encore très utile dans ce dernier cas.

Symphyse stomacale.

M. Guelliot. — La symphyse stomacale est constituée par une véritable soudure qui se fait entre l'estomac d'une part, le foie et la paroi abdominale d'autre part. C'est une adhérence en nappe, une périgastrite adhésive totale. On comprend qu'elle apporte une grande gêne aux fonctions digestives. La chirurgie a parfois des difficultés à triompher de cette affection; néanmoins elle aboutit à d'heureux résultats, comme le prouvent deux opérations faites par M. Terrier avec plein succès.

Comme ces faits sont rares, comme leur symptomatologie est obscure et leur récidive fréquente, j'ai cru bon de faire connaître au Congrès deux observations nouvelles ayant trait à la symphyse stomacale.

La première observation se rapporte à un ulcère de l'estomac qui fut la cause de la symphyse; la seconde à un traumatisme qui a produit une simple bride péritonéale rétrécissant le côlon transverse. Cette seconde symphyse récidiva après une première intervention et encore après une seconde intervention. Les deux malades dont il s'agit dans ces observations avaient des douleurs pendant la digestion; ils ne pouvaient supporter les aliments les plus légers; ils avaient des vomissements et s'amaigrissaient de jour en jour. L'estomac était dilaté. Les adhérences étaient intimes et épaisses, au point que leur dissection devienne longue et difficile. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à ce que des adhérences semblables aient parfois été prises pour des tumeurs malignes, et qu'il ait fallu avoir recours à l'examen histologique pour affirmer leur véritable nature.

Le traitement le plus rationnel est naturellement la libération de l'estomac. Mais le point noir de cette intervention, toujours suivie d'une rapide amélioration, est la récidive, le plus souvent à craindre. Différents moyens ont été proposés pour se mettre à l'abri de cette récidive. On a conseillé l'attouchement de toutes les surfaces cruentées avec le thermocautère; on a conseillé aussi de les recouvrir d'une collerette péritonéale. L'hépatopexie a paru éviter le retour de ces adhérences, en éloignant le foie de l'estomac.

Diverses opérations appropriées s'adresseront en même temps aux lésions secondaires et concomitantes. C'est ainsi que la dilatation digitale du pylore bridé par des adhérences a déjà été faite. C'est ainsi que la dilatation de l'estomac appelle la gastroplication, la ptose de cet organe la gastropexie, et la ptose du côlon la colopexie.

Nouveau procédé de gastrostomie.

M. Fontan (de Toulon) indique un nouveau moyen de gastrostomie, auquel il a eu recours dans un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

Il a commencé par l'incision épigastrique ordinaire, puis il a saisi la paroi de l'estomac avec une pince à dents de souris, et a exercé une traction sur cette paroi pour la faire fermer un peu. La paroi exubérante a été fixée en couronne; le pli de l'estomac sur lequel la pince reste fixée a été refoulé en dedans, et des points de suture séro-séreux ont été posés sur les deux extrémités de ce pli valvulaire.

On continue l'opération en ponctionnant le fond de la valve par un bistouri droit glissé à la place de la pince; l'ouverture reçoit une canule, engainée de la sorte dans une valvule à mitre d'évêque, formée par le refoulement des tuniques stomacales et l'adossement de la séreuse à elle-même.

L'auteur ajoute avoir obtenu un excellent résultat par ce procédé. Il insiste particulièrement sur ce fait qu'il n'y a pas eu le moindre épanchement de suc gastrique, complication dont l'absence est très importante à signaler.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre. — Présidence de M. Monod.

Anévrysme siégeant à la partie inférieure de l'artère poplitée. Compression digitale à distance pour favoriser le développement des anastomoses. Extirpation du sac. Guérison.

M. Tuffier. — Les anévrysmes occupant la moitié inférieure de l'artère poplitée et se développant dans le mollet sont les plus graves, parce qu'ils se compliquent fréquemment de gangrène du membre inférieur. L'anatomie explique ces faits, que la clinique a dès longtemps constatés. Quel que soit le mode opératoire appliqué, ligature à distance ou extirpation du sac, les résultats actuels sont sensiblement égaux. Devant cette redoutable complication j'ai pensé que la compression *digitale intermittente* de la fémorale, pratiquée pendant quelques jours avant l'opération, favoriserait le développement de la circulation collatérale et diminuerait d'autant les chances de gangrène. Comme cette manœuvre n'est passible d'aucun reproche, puisque, contrairement à la compression instrumentale, elle est inoffensive pour l'artère toujours friable dans les anévrysmes, je crois bon de la recommander.

Quant à la méthode employée dans ce cas, je crois que l'extirpation du sac a été particulièrement indiquée parce que: 1° les branches du nerf sciatique étaient intimement accolées et incrustées dans ses parois, que des accidents cliniques de névrite étaient manifestes; 2° les branches qui se rendaient dans le sac étaient nombreuses et perméables — nous savons que la coagulation se fait alors plus difficilement. La dissection du sac a été faite directement sans application de la bande d'Esmarch et sans compression de la fémorale.

W..., 49 ans, entre le 8 octobre 1896, n° 3, au service de M. Tuffier à la maison Dubois. C'est un homme fort, bien musclé, très vigoureux, et qui n'a d'autre passé pathologique qu'une syphilis contractée il y a quinze ans, et qui fut traité pendant un an.

Les accidents qui l'amènent à l'hôpital ont débuté, il y a deux mois, par une douleur progressivement croissante dans le genou droit. Cette douleur s'accentuait par la marche et s'accompagnait de fourmillements et d'engourdissements dans la jambe et le bord externe du pied correspondant. Il s'aperçut en même temps qu'il portait dans le jarret une tumeur qu'il vit s'accroître dans les semaines suivantes.

A son entrée, le genou était normal, le mollet *droit* paraissait plus volumineux que celui du côté gauche; dans le creux poplité on voyait une tuméfaction occupant sa partie inférieure et se perdant à la partie supérieure de la jambe. A la palpation, on limite facilement une tumeur qui, en haut, ne dépasse pas la partie moyenne du losange poplité pour se perdre diffuse en bas dans le mollet. Cette tumeur est tendue, réductible, lisse et bien limitée en haut. Elle présente les pulsations et l'expansion caractéristiques. On n'entend pas de bruit de soufflet bien net à son intérieur. Les battements cessent par la compression de la fémorale.

Les mouvements de l'articulation sont normaux, le malade marche sans boiterie, mais la jambe est lourde et se fatigue vite. La fémorale est indurée dans toute sa hauteur. Depuis plusieurs semaines, le malade est soumis au traitement spécifique, iodure et mercure, sans amélioration.

Le siège inférieur de l'anévrysme et l'adhérence fémorale me font prescrire la compression digitale intermittente de l'artère fémorale au pli de l'aine. Six séances sont faites par tous les élèves du service pendant dix minutes, et sous la direction de mes internes, MM. Dujarier et Marchais.

Opération, le 10 octobre, sous l'éthérisation. Incision longitudinale poplitée de 18 à 20 centimètres, débordant la tumeur en haut et en bas; section de l'aponévrose et mise à nu de la tumeur au niveau de la partie inférieure du creux poplité et entre les jumeaux qui sont isolés et séparés. Le nerf sciatique poplité

interne et ses branches sont tendus sur le sac qui bat sous nos yeux. Isolement de chaque branche du sciatique qui s'étale dans l'épaisseur du sac. Le nerf est rejeté en dehors et le sac est plus complètement disséqué. En haut, après avoir lié la veine poplitée, j'arrive au fond du creux poplitée où j'aborde la partie supérieure du sac et de l'artère, à 3 centimètres au-dessus du sac; je lie le vaisseau au catgut et la tumeur ne bat plus; j'isole et je lie successivement quatre grosses collatérales qui venaient se jeter dans le sac. Ce dernier est difficile à disséquer à sa partie inférieure où il se prolonge presque à l'anneau du soléaire; ligature au catgut, isolement de la face profonde du sac et ablation. Le nerf a été respecté et le malade n'a pas perdu de sang. Réunion de l'aponévrose, puis de la peau. La tumeur enlevée a le volume d'une orange, sa paroi est mince en arrière, elle contient des caillots mous noirâtres et peu de dépôts fibrineux, la paroi du sac a 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Les suites opératoires immédiates et tardives sont nulles; le pied n'a même pas été œdématié; le 16, les fils sont enlevés; la réunion est parfaite; le malade est remis au traitement spécifique. Le 25, il commence à se lever et le 28, il quitte le service en marchant parfaitement, sans douleur et sans la moindre boiterie.

L'anévrysme enlevé est du volume d'une orange, sa paroi antérieure est d'une minceur extrême, sa paroi postérieure est très épaisse, sa cavité est en partie remplie de caillots cruoriques, mais de très épais caillots fibrineux occupent la partie postérieure. Deux volumineuses collatérales perméables s'ouvrent dans le sac; d'autres branches plus petites ne peuvent être cathétérisées.

Traitement des kystes séreux congénitaux du cou.

M. Walther. — M. Verchère nous a lu un travail sur les kystes séreux congénitaux du cou. Un enfant de 6 mois présentait un kyste séreux congénital du cou, mais sans aucun accident de compression. Quelques mois plus tard, la tumeur avait augmenté de volume, couvrant la moitié du cou et bridée par le sterno-mastoïdien. De plus, les accidents de compression avaient fait leur apparition: ils furent même si intenses que M. Verchère commença par pratiquer une ponction aseptique afin de parer aux suites de ces accidents.

M. Verchère intervint ensuite, après avis de M. Lannelongue. Il vit bien un kyste séreux congénital typique. La cavité de la tumeur ouverte lui permit de voir, en outre, un prolongement postérieur derrière le sterno-mastoïdien, et un autre se dirigeant vers la trachée. La poche principale adhérait aux gros vaisseaux. Un troisième prolongement apparut vers la fin de l'opération, qui se prolongeait dans le médiastin. Cette poche était en rapport intime avec le péricarde par l'intermédiaire de ce prolongement. Aussi M. Verchère n'enleva-t-il pas ce dernier prolongement; il termina l'opération, hourrant la cavité de gaze iodoformée, et la guérison se fit au bout de trois mois, après production d'une fistule.

M. Verchère rappelle que l'ablation totale de la poche est souvent considérée comme l'opération de choix. Toutefois, les adhérences de la poche aux vaisseaux, ses prolongements rendent cette intervention difficile; il est aisé, d'autre part, de drainer les poches secondaires par la poche principale.

Mais les adhérences aux gros vaisseaux sont variables comme degré et comme consistance. Souvent les kystes se laissent séparer assez facilement, surtout en ce qui concerne la jugulaire interne. Les hémorrhagies primitives sont, en effet, rares, comme on peut le voir dans le livre de Lannelongue.

Les poches secondaires doivent, de leur côté, être considérées sous deux points de vue différents: il y a, outre les poches secondaires d'une certaine importance, de petites tumeurs secondaires, qu'on ne pourra jamais drainer.

L'extirpation partielle ne vaut donc pas l'extirpation totale; elle laisse, en effet, une plaie ouverte, exposée à tous les dangers de l'infection.

L'extirpation totale doit être conduite avec prudence, la dissection doit être minutieusement faite; dans ces conditions, c'est encore l'opération de choix, celle à laquelle il faudra s'arrêter le plus volontiers.

M. Quénu. — L'extirpation totale des kystes congénitaux des cous est en effet la meilleure méthode.

Des parois kystiques dermo-épidermiques ne seront jamais efficacement améliorées par le drainage; il persistera toujours une fistule.

M. Kirmisson. — D'une manière générale, l'extirpation totale doit être conseillée. Mais elle peut réserver des surprises, à cause des rapports du kyste avec les vaisseaux, et de ses prolongements possibles, dans tous les interstices et dans le cou. On est forcé de s'arrêter en présence de ces prolongements médiastinaux; mais alors par le drainage on peut néanmoins obtenir des succès. Si ce résultat s'obtient avec les kystes séreux, on ne pourra jamais l'espérer avec les kystes de nature dermoïde.

M. Quénu. — Il faut distinguer non seulement les kystes séreux et les kystes dermoïdes, mais encore des kystes mixtes intermédiaires entre les deux variétés précédentes, comme ceux auxquels je faisais allusion.

M. Walther. — Si l'on rencontre des portions dermoïdes, on aura d'autant plus de raison de procéder à l'extirpation. D'autre part, je crois, comme M. Kirmisson, que l'extirpation partielle peut, dans certains cas, donner d'excellents résultats.

Traitement du prolapsus du rectum.

M. Schwartz. — Je reviens sur la communication de M. Nélaton sur le traitement des prolapsus du rectum (Voir *Gazette Médicale* du 7 novembre).

Deux fois j'ai eu à traiter des prolapsus du rectum, dans lesquels je suis intervenu par le procédé de Gérard-Marchant: le capitonnement du rectum et le rétablissement du périnée antérieur et du périnée postérieur.

Une malade de cinquante-deux ans avait un prolapsus du rectum énorme et datant de fort longtemps. Elle avait une diarrhée continue, s'aggravant de jour en jour.

Dans ces conditions, elle me réclama elle-même une intervention.

Je commençai par faire une résection du coccyx; je raccourcis ensuite verticalement et je resserrai transversalement le rectum et le fixai au sacrum. Je terminai par une véritable périnéorrhaphie. La malade guérit par première intention et put sortir au bout d'un mois.

J'ai constaté que la guérison de cette malade se maintient depuis trois ans. C'est là le point intéressant et important. Le sphincter se remit à fonctionner et la diarrhée s'arrêta, à part quelques accès apparaissant de temps en temps.

Mais jamais le rectum ne sort, ni pendant la marche, ni pendant les accès de diarrhée. Le résultat est parfait, comme on le voit: tout au plus, devrai-je dire, qu'il persiste un petit prolapsus muqueux.

Dans le second cas qui m'occupe, j'ai dû faire la résection du rectum. Mais je n'ai pas opéré ce cas depuis assez longtemps pour pouvoir donner des résultats vraiment définitifs.

Les prolapsus moyens sont justiciables, je crois, des opérations indiquées par M. Gérard-Marchant. Elles donneront un bon résultat non seulement temporaire, mais encore définitif.

M. Nélaton. — Il ne faudrait pas, en effet, proposer l'opération dont j'ai parlé pour les cas moyens. Elle ne s'adresse qu'aux cas où le prolapsus est très marqué et où il y a une forte chute du rectum au dehors.

Perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

M. Monod. — J'ai été appelé il y a trois semaines pour voir un homme atteint peu de temps auparavant d'une perforation intestinale au cours d'une typhoïde, démontrée par le séro-diagnostic. J'intervins, et je vis le péritoine rempli de pus en abon-

dance. Une perforation siégeait sur l'intestin grêle, par où s'écoulaient des matières fécales liquides. Je la suturai, et après avoir lavé le ventre à l'eau stérilisée, l'avoir drainé, je le refermai.

Le lendemain, le malade semblait mieux, mais dans la nuit il succomba. J'ai recherché s'il existait beaucoup d'interventions semblables. Leyden intervint le premier en 1884. En 1890, une statistique donna onze observations de ce genre avec onze morts.

Plus tard cependant on réunit vingt-quatre cas, avec six guérisons, mais peut-être ces observations n'ont-elles pas été suffisamment critiquées, et quelques-unes d'entre elles semblent sujettes à caution, comme l'a montré M. Lejars. Le relevé que j'ai fait me donne trente-deux cas, avec cinq cas de guérisons ou prétendues telles. Encore trois de ces cinq guérisons n'ont-elles été indiquées qu'en passant, et manquent-elles de documents assez sérieux pour pouvoir être admises sans hésitation. Deux cas cependant sont incontestables, et ce sont les seuls sur lesquels je puis me baser.

Dans cette intervention, on agit sur un malade affaibli par une maladie essentiellement adynamique. C'est déjà là une condition défavorable. De plus, la péritonite généralisée apparaît si rapidement qu'on ne peut pas toujours opérer assez tôt. Enfin les perforations de la fièvre typhoïde sont souvent multiples, et l'on n'est jamais sûr qu'après être intervenu, on ne se retrouve pas en présence d'une perforation nouvelle.

Quoi qu'il en soit, la péritonite par perforation étant presque fatalement mortelle, on est en droit d'intervenir, si toutefois le malade ne se trouve pas dans une situation qui empêche toute opération.

Au point de vue technique, la laparotomie médiane est évidemment le mode d'intervention de choix; elle seule permet de voir tout l'intestin. La suture est le meilleur procédé, préférable à la résection, à l'antéroanastomose ; l'anus contre nature n'est admissible que pour de grandes perforations.

Faut-il faire un lavage ? Un abondant courant d'eau chaude semble, en effet, indiqué; il n'y a, en effet, plus à craindre de généralisation de péritonite, le péritoine étant déjà rempli de pus.

Les soins consécutifs sont fort importants : il faut relever les malades, et les injections intra-veineuses de sérum sont pleinement indiquées.

M. Routier. — J'ai opéré une perforation de fièvre typhoïde douze heures après l'accident. J'ai trouvé immédiatement deux perforations; je les ai suturées. Pendant six jours on a pu croire le malade guéri. Il est néanmoins mort onze jours plus tard.

Je crois que l'opération doit être faite le plus tôt possible; c'est la première chance de succès. Je crois aussi qu'il faut faire l'incision au point douloureux, ou à la voussure qui se produit quelquefois dans ces perforations : on tombera alors presque sûrement sur la perforation en question.

Présentation de malades.

M. Hartmann présente une malade chez laquelle il est intervenu pour une péritonite survenue pendant une grossesse, avec salpingite à pédicule tordu; il s'est abstenu de tout lavage et toilette du péritoine; la malade a parfaitement guéri.

M. Rochard présente un malade ayant eu un anus contre nature qu'il a opéré au moyen de la résection du cæcum avec entéro-anastomose par bouton de Murphy.

Présentation de pièces.

M. Tuffier présente un gros calcul du rein qui avait donné lieu à de graves accidents d'anurie; il présente, en outre, une collection de petits calculs qu'il a également retirés d'un rein malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre.

De la tuberculose chez les petits animaux.

M. Cadiot fait remarquer que la tuberculose du chien, considérée autrefois comme très rare, est, au contraire, assez fréquente. Les localisations pulmonaires étaient prises pour de la pneumonie chronique, ou quelquefois pour du cancer. Certaines lésions, particulièrement celles du foie, des séreuses et des ganglions étaient, en effet, regardées comme du cancer. La tuberculose est plus répandue chez le chien que le cancer généralisé. On en rencontre quinze à vingt cas pour un seul de la forme infectieuse du cancer.

Depuis 1891, M. Cadiot a observé, dans son service à l'école d'Alfort, 205 chiens tuberculeux. Chez les uns, les viscères thoraciques et abdominaux étaient envahis; chez d'autres, les organes thoraciques et chez un petit nombre les organes abdominaux seuls étaient atteints. Les poumons et le foie étaient affectés dans un grand nombre de cas.

La pleurésie est très fréquente chez les chiens tuberculeux. Les dernières observations nous démontrent qu'elle se trouve à peu près dans la même proportion que celle établie pour l'homme, laquelle est une preuve à l'appui de la doctrine défendue par M. Landouzy.

La contagion de la tuberculose du chien se fait par l'écoulement nasal, par leurs excréments et leurs urines, souvent encore par des lésions externes dont on méconnaît la spécificité.

Les plaies occupent quelquefois la gorge ou la partie antérieure du cou. Plus souvent elles se rencontrent dans la région du cerveau et se reconnaissent à leur pus abondant et riche en bacilles.

Mêmes symptômes pour les chats tuberculeux. Sur deux présentant des lésions externes, suppurantes, l'un avait une fistule cervicale, l'autre une large plaie du nez et de la face.

Chez les psittacés, les lésions tuberculeuses externes sont particulièrement fréquentes. MM. Cadiot, Gilbert et Roger, dans leurs travaux sur la tuberculose, ont prouvé la similitude de cette malade chez les oiseaux et chez les mammifères; les caractères histologiques des lésions sont semblables chez les uns et les autres. Enfin, d'après leurs recherches, la tuberculose des mammifères, qui s'inocule très facilement aux psittacés, reste inoffensive pour les gallinacés. On n'ignore, d'ailleurs, pas les cas de transmission de la tuberculose de l'homme à la perruche.

Influence des états pathologiques sur la chloroformisation.

M. Reynier est resté jusqu'ici partisan du chloroforme. Selon lui, le seul avantage de l'éther est la facilité de l'employer sans étude préalable.

Pour éviter les accidents de la chloroformisation, il faut un examen pré-anesthésique. Dans une anesthésie normale, les cellules cérébrales, puis médullaires, et ensuite bulbaires, sont atteintes successivement. Mais cette marche normale n'est pas toujours régulière ; quelquefois même elle est sensiblement modifiée.

Le chloroforme amène chez les alcooliques un état qui rappelle celui de l'ivresse : chez les uns, on observe même de véritables accès de *delirium tremens*. Des crises de nerfs, des attaques hystériques, même l'attaque syncopale peuvent se produire chez les hystériques pendant la chloroformisation.

Des attaques franches ou partielles se présentent quelquefois chez les épileptiques.

Le chloroforme, excitant les cellules nerveuses, provoque de leur part une réaction qui se traduit par leur mode pathologique habituel.

Les morphinomanes agissent suivant l'état d'excitation ou de dépression que produit sur eux la morphine. Dans le premier cas, l'excitation augmente; dans le second, les attaques syncopales sont à redouter.

Une exagération des réflexes tendineux se manifeste souvent chez les ataxiques pendant la période d'excitation.

Au réveil, les cellules cérébrales repassant en sens inverse par les mêmes phases d'excitation qu'au début, les accidents sont autant à redouter à la fin de l'anesthésie qu'ils le sont au début.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 novembre.

Sérothérapie dans les streptococcies oculaires.

M. Boucheron. — Les recherches bactériologiques récentes de Widmarck, de Périnaud, de Morax, nous prouvent la production d'un grand nombre de dacryocystites purulentes produites par les streptocoques.

D'après les observations publiées, la dacryocystite à streptocoques semble fréquente; mais il est à remarquer qu'il s'agissait presque uniquement de cas sérieux.

La dacryocystite purulente à streptocoques est caractérisée par la présence des streptocoques dans le pus, par le phlegmon du sac lacrymal, par la persistance de la purulence fréquente après l'état aigu, par la conjonctive lacrymale fréquente et par la rhinite à streptocoques plus fréquente encore.

La purulence du sac est presque toujours accompagnée du rétrécissement du canal nasal.

Dans les cas rebelles, la sérothérapie antistreptococcique est surtout indiquée; la purulence disparaît spontanément dans les cas atténués.

La purulence du sac lacrymal, la conjonctive lacrymale et la rhinite coexistantes disparaissent en quelques jours avec l'injection hypodermique du sérum de Marmorek à demi-dose, soit 5 centimètres cubes, trois ou quatre fois, à quelques jours d'intervalle.

Chez une femme affectée de larmoiement depuis près de cinq ans, une première injection hypodermique amena une grande amélioration. Une seconde, quinze jours après, fit disparaître ce qui restait de pus dans le sac. Au bout d'une troisième, à quelques jours d'intervalle, la guérison fut complète.

Ce sont surtout les streptococcies locales qui sont justiciables du traitement sérothérapique.

Nature du chloroma.

MM. Paviot et Gallois. — Le cancer vert d'Aran, ou chloroma de King, est formé par un ensemble de lymphomes tangibles, apparents par suite de leur siège orbitaire, temporal ou occipital. On peut le rattacher à la leucocythémie qui précède l'apparition des lymphomes orbitaires.

Lésions du testicule sarcomateux.

M. Ch. Mathieu décrit les altérations du testicule sarcomateux. La membrane propre du tube séminifère est surtout épaissie près de la tumeur. Les cellules molles de ce tube disparaissent par ordre, successivement, suivant le cycle de leur genèse. Aussi les cellules fixes de Sertoli sont-elles les dernières à persister.

Du sens latéral.

M. Bonnier croit que le sens latéral des poissons sert à la perception et à l'orientation des ébranlements traversant le milieu où baigne l'animal. Les organes latéraux jouissent de cette perception des ébranlements, comme l'oreille, qui n'est elle-même qu'une différentiation de l'organe latéral.

Dysgraphie émotionnelle.

M. Féré cite l'observation d'un malade qui, en présence d'un étranger, éprouve un spasme lorsqu'il veut écrire. A première vue, ce trouble pourrait en imposer pour la crampe des écrivains.

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 20 AU 25 NOVEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Vendredi 20 novembre, à 1 heure. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (1re série) : MM. Humbert, Delbet, Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (2e série) : MM. Marchand, Peyrot, Lejars. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Straus, Letulle, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 21 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Le Dentu, Poirier, Albarran. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Hartmann. — 4e : MM. Pouchet, Chantemesse, Marfan. — 2e (2e partie) : MM. Laboulbène, Gilbert, Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Pozzi, Maygrier, Bar.

Lundi 23 novembre, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Marchand, Poirier, Walther. — 2e (2e partie) : MM. Richet, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Ricard, Delbet, Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Tillaux, Humbert, Tuffier — 5e (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Straus, Letulle.

Mardi 24 novembre, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Thiéry. — 3e Oral (1re partie) : MM. Tarnier, Berger, Nélaton. — 4e : MM. Proust, Pouchet, Thoinot. — 5e (1re partie), Chirurgie, Charité : MM. Guyon, Panas, Hartmann. — 5e (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Dehove, Ménétrier.

Mercredi 25 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Tillaux, Tuffier, Poirier. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Letulle.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Samedi 21 novembre, à 1 heure. — 1er : MM. Ch. Richet, Quénu, Thiéry.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 25 novembre, à 1 heure. — *M. Djelalian* : Contribution à l'étude de l'arthropathie tabétique (MM. Potain, Terrier, Sebileau, Gilles de la Tourette). — *M. Odoul* : Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-péritonéales par l'exérèse (MM. Terrier, Potain, Sebileau, Gilles de la Tourette). — *M. Archambaud* : Tétanos pendant la grossesse (MM. Pinard, Varnier, Broca, Bonnaire). — *M. Richard* : Contribution à l'étude des métrites séniles (MM. Pinard, Varnier, Broca, Bonnaire). — *M. Jacob* : Sur les méfaits du biberon (MM. Pinard, Varnier, Broca, Bonnaire). — *M. Chenal* : De la benzoiodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium (MM. Fournier, Straus, Gaucher, Widal). — *M. Legrand* : Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale (MM. Fournier, Straus, Gaucher, Widal). — *M. Vulpian* : Des mélanodermies; étude séméiologique et pathologique (MM. Straus, Fournier, Gaucher, Widal).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. le docteur Méry est nommé chef du laboratoire institué pour le service de la diphtérie.

M. le docteur René Petit est nommé moniteur dudit laboratoire.

HOPITAUX DE PARIS

L'hospitalisation des tuberculeux et le projet de réformes hospitalières destinées à prévenir la contagion de la tuberculose.

La commission nommée pour étudier la question de l'hospitalisation des tuberculeux et les réformes à apporter dans beaucoup de pratiques hospitalières a clos ses travaux par un rapport géné-

ral sur les quatre questions qui étaient à l'ordre du jour : isolement des tuberculeux, antisepsie médicale des salles d'hôpitaux, réforme et protection du personnel hospitalier, assistance médicales des tuberculeux à domicile.

Pour le premier point, la commission a reconnu, comme le proposait M. le docteur Roux, que la meilleure manière de combattre et de traiter la tuberculose, c'est d'isoler le tuberculeux, parce qu'ainsi on évitera la contagion et parce que dans les hôpitaux spéciaux les tuberculeux seront dans de meilleures conditions thérapeutiques. Dans ce but, elle demande que l'on achève l'hôpital d'Angicourt, destiné aux tuberculeux et que l'on organise en même temps des pavillons spéciaux de tuberculeux dans les hôpitaux, au moins dans ceux qui peuvent, dès aujourd'hui, donner des pavillons faciles à isoler et à adapter à la cure de la tuberculose.

Voici, en ce qui concerne l'antisepsie médicale des salles d'hôpitaux, les mesures proposées :

a) Substitution du lavage des parquets au lavage à sec et au cirage qui souillent l'atmosphère de germes pathogènes et font ainsi la contagion;

b) Recueil et désinfection de tous les crachats;

c) Désinfection de tous les objets à l'usage des malades;

d) Réforme du mobilier des salles;

e) Fourniture par l'Administration de tous les effet d'habillement dont le malade a besoin pendant son séjour à l'hôpital et désinfection de ses vêtements personnels qui lui seront rendus lors de sa sortie.

Comme la statistique prouve que la tuberculose est, pour les infirmiers, une *maladie professionnelle*, puisqu'un tiers des infirmiers meurent tuberculeux, la commission demande la création *d'infirmiers sanitaires* dont le recrutement ne devra rien laisser à désirer tant au point de vue de l'état de santé (commission médicale d'examen des candidats) que des qualités morales et de l'instruction professionnelle. Ils devront être bien nourris, logés dans des chambres et non dans des dortoirs et être suffisamment rétribués.

Quant à l'assistance médicale des tuberculeux à domicile, service que l'Administration doit tendre à supprimer dès que l'organisation nouvelle le permettra, la commission propose les mesures de défense suivantes :

a) Chaque malade recevra un ou deux crachoirs, où il crachera exclusivement; une instruction lui sera remise et il lui sera recommandé de s'y conformer chaque jour;

b) Le médecin de l'assistance à domicile devra veiller à l'exécution des mesures prescrites dans cette instruction;

c) Dans le cours et à la fin de la maladie, le service de désinfection de l'Assistance publique devra, sur l'invitation du médecin, faire le nécessaire pour la purification des locaux habités par le malade et sa famille;

d) Les bureaux de bienfaisance et les bureaux de mairie devront, comme les salles d'hôpital et de consultation, bénéficier de toutes les mesures de prophylaxie recommandées contre la tuberculose : propreté rigoureuse du sol, des murs et des meubles, crachoirs communs contenant une solution phéniquée et désinfectés chaque jour avec une lessive bouillante, lavage antiseptique quotidien au lieu du balayage.

Dans sa séance de lundi dernier, le Conseil municipal de Paris a émis un avis favorable à la création d'un service de maladies des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière.

(*Semaine Médicale.*)

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Auffret, 12; Ch. Michaut, 12; Rellay, 10; Cartier, 5; Hauviller, 6; Langlet, 10; Furet, 8; Clément, 11; Retournard, 10; Janot, 11; Capart, 8; Edwards, 6; Guillain, 14; d'Herbécourt, 13; Fresson, 12; Sersiron, 9; Tissot, 11; Mignon, 11; Dardelin, 8; Géraudel, 11; Castan, 11; Froussard, 12; Hanotte, 10; Leraître, 7; Emile Weil, 14.

Pathologie. — MM. Schwartz, 13; Chalochet, 12; Clerc, 13; Lenormant, 15; Goudard, 11; Georges Michaux, 12; Georges Weil, 11; Quiserne, 10; Louis Moret, 11; Arnal, 12; Diel, 9; Nicolaïdi, 8; Le Maguet, 11; Raoul Coudert, 9; Elias, 10; Mesnard, 12; Daniel, 11; Vast, 12; Lefas, 11; Lévis, 11; Michel, 10; Nattan, 12; Alglave, 11; Raulin, 10; Bourgeois, 12; Prat, 12; Hivet, 12; Talandier, 12; Minet, 12; Housquains, 7; Rastouil, 12; Rivier, 9; Loubet, 12; Célos, 14; Guillemard, 13; Emile Coudert, 12; Deroyer, 12; Herscher, 12; Fossard, 13; Emile Weil, 13; Tournemelle, 11; Chastanet, 11; Charles Michaut, 13; Rellay, 13; Lenglet, 14; Furet, 7; Clément, 11; Janot, 12; Guillain, 9; d'Herbécourt, 13.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Amouroux, 10; Benoit de la Grandière, 7; Alquier, 17; Bué, 13; Braunberger, 15; Cochet, 16; Delaage, 4; Dehau, 6; Ecoffet, 8; Degrais, 15; Civatte, 17 1/2; de Léon, 12; Delfau, 14; Crevrier, 19; Chevé, 15; Decreuse, 14; Dieu, 16; Devillers, 3; Devez, 15; Dehacq, 7 1/2; Mlle Debains, 7; MM. Dehets de Lacrousille, 16; Dausset, 10; Crosnier, 14; Daniel, 19; Ernest Durand, 7; Dufeutrelle, 11; Damotte, 14; Devraigne 17; Dalmas, 11 1/2; Demay, 6; Dupuy, 17; Demarque, 10; Dauhan, 8; Ducatte, 15; Duhar, 14; Duflos, 14; Ducournau, 15; Delvincourt, 13; Courémenos, 17 1/2; Cuissard, 13; Duché, 11; Cruveilhier, 15 1/2; Mlle Delporte, 15; MM. Roger Durand, 14; Danos, 8; Devaux, 16; Duplay, 10; Desplats, 18; Diard, 5; Durey, 16; Cruchaudeau, 17; Chesneau, 14 1/2; Curie, 14.

Pathologie. — MM. Le Guern, 17; Le Tainturier de la Chapelle, 16 1/2; Liautaud, 14 1/2; Legros, 16 1/2; Lemaire 14 1/2; Thouvenin, 16; Semeril, 11; Rumpelmayer, 15 1/2; Sanquirico, 9; Ruillier, 14 1/2; Sueur, 10; Verliac, 16; Georges Villaret, 14; Louis Thomas, 15; Roussilhe, 8; Maurice Villaret, 15; Roux, 11; Saharéanu, 16; Nicart, 13; Rutten, 12; Voisin, 18 1/2; Mlle Ziegel, 17 1/2; MM. Theulet-Luzié, 18; Soullard, 15; Sallé, 5; Warin, 15; Szumlanski, 13; Voillemin, 19; Violette, 13 1/2; Mlle Volovatz, 14 1/2; MM. Seguin, 14; Tassin, 15; Valette, 16; Stora, 9; Adolphe Ruais, 11; Vinsonneau, 17; Stahl, 13; Vuilième, 5; Yordanoff, 17; Simon, 16; Saphary, 14; Roustan, 6; Savignac, 14; Rostaine, 15; Rauault, 9; Valentin, 17; Vaillant, 18; Rozoy, 2; Solaeolu, 16; Triau, 15; Vaias, 16 1/2; Trouvé, 8; Simonesco, 14; Paul Thomas, 15; Vouillac, 15 1/2; Tessier, 17; Soularue, 15; Simart, 13; Pernot, 8; Rahant, 12; Murer, 11; Mieulet, 17 1/2; Mlle Medvednikoff, 19; MM. Maussire, 10; Mazeyrie, 10; Perreau, 16.

NOUVELLES

Chemin de fer d'Orléans.

BILLETS D'ALLER ET RETOUR INDIVIDUELS POUR LES STATIONS HIVERNALES ET THERMALES DES PYRÉNÉES ET DU GOLFE DE GASCOGNE

Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 0/0 en 1re classe et de 20 0/0 en 2e et 3e classes sur les prix calculés au tarif général, d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Bearn, etc.

Durée de validité : 25 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours, moyennant le paiement pour chaque période d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

Le Directeur Gérant : F. DE RANSE.

Paris. — Imprimerie des ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 48 28 Novembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

AVIS. — Une assemblée extraordinaire des actionnaires de la Gazette Médicale *se tiendra au siège social, 6, rue de Monceau, le jeudi 17 décembre, à 5 h. 1/2.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

Paul Bezançon (1), dans une thèse récente sur l'ectopie testiculaire du jeune âge, s'est fait lui aussi, sans recherches personnelles préalables, il est vrai, le défenseur de la préformation de le vaginale; il n'a même pas relaté un seul fait — récent ou ancien — dans lequel le chirurgien en opérant, ou l'anatomiste en disséquant, ait vu coexister chez un enfant qui ne portât ni hernie ni hydrocèle, bien s'entend, l'arrêt de la migration testiculaire et la présence d'une cavité vaginale dans le scrotum. Il est même curieux de lire les observations qui terminent le mémoire de l'auteur : elles viennent toutes à l'encontre de l'opinion qu'il soutient dans sa préface anatomique. On y voit que chez les petits malades qui ont été opérés et qui étaient atteints d'ectopie inguinale, non seulement la vaginale ne descendait pas au-dessous du testicule et n'atteignait pas le fond du scrotum, mais encore que celui-ci, souvent rudimentaire, était rempli « presque toujours à sa partie supérieure par une membrane celluleuse ou cellulofibreuse » qu'il fallut « effondrer avec le doigt ou perforer avec des ciseaux » pour assurer l'orchidopexie.

Restent les faits cliniques : je les récuse pour ce que, dans l'espèce, ils ne prouvent rien. On a vu l'anse de l'intestin ou le liquide du péritoine pénétrer dans la vaginale sur des enfants dont le testicule était en ectopie abdominale : cela signifie tout simplement que le fond du cul-de-sac formé par la séreuse autour du gubernaculum peut se laisser distendre et venir former tumeur au-dessous du testicule, mais rien de plus. Le péritoine de l'homme adulte obéit bien à la poussée de l'intestin qui s'en fait « un sac » dans la hernie acquise: pourquoi le péritoine du fœtus serait-il plus rebelle ? Il y a longtemps que Scarpa (1) a remarqué que le péritoine « soumis à une traction graduée et longtemps soutenue peut glisser, pour ainsi dire, sur les parties qu'il recouvre et changer totalement de situation par rapport à elles », exécutant ainsi une véritable *locomotion* et subissant un de ces changements de place dont il offre de si nombreux exemples dans « la distension de la vessie, de l'estomac, de l'utérus, la migration testiculaire, etc. »

Je sais bien la réponse. Dans la discussion qui a suivi la communication de Broca, Bazy (2) rappelait avoir vu « dans un sac de hernie inguinale congénitale disséqué sur un enfant dont le testicule était en ectopie abdominale, deux rétrécissements, l'un scrotal, l'autre situé au niveau de l'orifice inguinal externe; ces rétrécissements avaient absolument la forme et la position assignées par Ramonède aux rétrécissements normaux du conduit vagino-péritonéal ». Dupuytren, au dire d'A. Broca, et Jalaguier, d'après Bezançon, auraient même observé des cas analogues. Mais que peut-on arguer de cela en faveur de la préformation scrotale de la cavité vaginale ? Que le péritoine, pour sortir du ventre, pénétrer dans le scrotum et former la vaginale, soit entraîné par le testicule, poussé par l'intestin ou poussé par le liquide du péritoine, il descend; et voilà tout;

(1) Paul Bezançon : *Etude sur l'ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement.* Th. in Paris, 1892, n° 231.

(1) Scarpa : *Traité pratique des hernies*, traduit par Ollivier, Paris, 1812-1823.

(2) P. Bazy : *Réponse à la communication de A. Broca. Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1887, 5e série, t. I, p. 245.

dans un cas comme dans l'autre, il forme le canal péritonéo-vaginal, et comme tel est soumis, sous des influences et par un processus que nous ignorons, à un travail qui tend à l'oblitérer. L'oblitération est totale ordinairement quand le canal est vide (migration normale) : elle ne s'opère pas ou ne s'opère que partiellement quand le canal est rempli (intestin, liquide).

Au reste, la discussion doit céder le pas aux faits, et les faits, les voici.

Roy (1), dans le travail dont j'ai déjà parlé, a publié le résultat de recherches sérieusement faites sur des fœtus âgés de six à neuf mois. « Dans toutes ces observations, dit-il, on relève ce fait constant que jamais la tunique vaginale ne se trouve dans le scrotum avant la descente du testicule, et que le cul-de-sac séreux qui précède le testicule dans sa descente ne dépasse pas cinq millimètres en longueur. » Avant Roy, Weil (2) avait déjà bien décrit la forme du court prolongement péritonéal qui s'engage à peine, avec le gubernaculum, dans le canal inguinal et, en termes très nets, avait résolu la question de la préformation vaginale. « Au sixième mois du fœtus, dit-il, le processus vaginal présente une fente étroite, semi-lunaire, longue à peu près de six millimètres. La fente est tellement étroite dans quelques préparations, qu'il est impossible de la voir à l'œil nu. Cette circonstance explique pourquoi beaucoup d'auteurs n'ont pas pu voir le processus vaginal chez un embryon de six ou sept mois, tandis qu'ils pouvaient le voir, dans d'autres cas, chez des embryons de quatre mois. Tant que le testicule se trouve dans la cavité abdominale, le processus vaginal ne sort jamais de la paroi abdominale : mais aussitôt que le testicule pénètre dans cette paroi et que le gubernaculum se confond avec elle, le processus vaginal émerge avec le testicule de la paroi et descend dans le scrotum. L'opinion que le processus vaginal préexiste dans le scrotum, avant que le testicule ait traversé le canal inguinal, vient de ce que les recherches ont été faites sur nos animaux domestiques ».

Bramann (3), qui a étudié avec beaucoup de soin la descente du testicule et a suivi, mois par mois, la formation de la saillie vaginale (processus vaginalis), s'exprime ainsi : « Au commencement du troisième mois, à l'endroit où le gubernaculum pénètre dans la paroi abdominale, se trouve en avant de lui une petite dépression superficielle, première indication du processus vaginalis. A seize semaines, le processus vaginal est devenu un peu plus profond, mais l'orifice extérieur du canal inguinal n'existe pas encore. Au cinquième mois, le prolongement vaginal a environ un millimètre de profondeur et arrive en dehors jusqu'au muscle oblique interne. Jusqu'à la fin du sixième mois, la dépression du péritoine est longue de trois millimètres et demi. Au septième mois, la sonde enfoncée dans le cul-de-sac arrive jusqu'au tendon du grand oblique ; puis, peu à peu, ce cul-de-sac s'élargit, s'enfonce et se présente en dehors des piliers de l'anneau extérieur. Au septième mois (les testicules sont à ce moment dans le canal inguinal) le processus descend encore, il est à six millimètres du fond du scrotum ».

Des recherches de F. Bramann, il résulte en somme que, dans la marche commune qu'ils accomplissent vers le scrotum, le péritoine précède, il est vrai, le testicule, mais ne le précède que de quelques millimètres : mais il résulte surtout ce fait important que la formation de la dépression séreuse et la migration glandulaire sont deux phénomènes connexes, que le second dépend du premier, qu'un organe s'avance en même temps que l'autre, et qu'en résumé tous les faits vont à l'encontre de cette affirmation de Kolliker, d'après laquelle « la gaine vaginale naît d'une façon absolument indépendante », et qu'au total la préformation de la vaginale — au sens du moins où semblent la comprendre quelques-uns de ses défenseurs — ne saurait être acceptée.

A mon tour, j'ai étudié la formation de la vaginale et l'influence exercée par la descente du testicule et la rétraction du gubernaculum sur les dimensions progressivement croissantes du cul-de-sac péritonéal. Mes recherches ont porté sur une trentaine de fœtus.

On peut dire que jusqu'au moment où le testicule s'engage dans l'orifice profond du canal inguinal, il n'existe pas, au sens propre du mot, de « processus vaginal ». Là où le gubernaculum s'enfonce dans la paroi abdominale, le péritoine, qui lui adhère, forme, en avant de lui et sur ses côtés, une petite fossette semi-lunaire qui s'engage à peine dans le canal inguinal, une sorte de petit nid de pigeon sans profondeur dont les parois sont contiguës et se déplissent si facilement par la traction sur le gubernaculum qu'il suffit de soulever seulement celui-ci et de le détacher très délicatement de la fosse iliaque avec les mors d'une pince pour que la très petite dépression disparaisse, ses parois s'étalant. Il n'y a vraiment là qu'une amorce pour le testicule.

Puis, le péritoine poursuit son chemin à mesure que, le gubernaculum se raccourcissant, le testicule s'engage davantage dans le canal inguinal ; de fait, il est parfaitement vrai qu'au-dessous de la glande on trouve toujours le cul-de-sac péritonéal dont le fond descend un peu plus bas qu'elle.

Je conclus, en définitive, ceci. La formation de la vaginale est intimement liée à la migration testiculaire. Il est certain qu'un prolongement du péritoine précède le testicule dans la descente qu'accomplit celui-ci, mais ce prolongement est court et dépasse de quelques millimètres seulement le testicule. Il n'apparaît en dehors du canal inguinal qu'au moment où la glande elle-même va bientôt s'en dégager ; c'est à la rétraction du gubernaculum testis entraînant avec lui dans son raccourcissement physiologique le péritoine inguinal auquel il adhère, en même temps que le testicule auquel il s'attache, qu'il faut attribuer la formation de l'infundibulum péritonéal. Quand le testicule est retenu par une cause quelconque dans la cavité abdominale, le gubernaculum ne subit pas sa rétraction graduelle et, dès lors, ne peut plus entraîner le péritoine ; dans ces conditions la vaginale ne se forme pas, ou plutôt elle n'est qu'ébauchée. Ebauchée comme chez la femme où elle forme ce qu'on dénomme le canal de Nuck.

(1) Roy : *La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum?* In *Echo médical de Toulouse*, 13 juillet 1889, p. 328.

(2) Weil : *Ueber den Descensus testiculorum nebst Bemerkungen.* G. Freytag, Leipzig, 1885.

(3) F. Bramann : *Der Processus vaginalis und sein Verhalten bei Stœrungen des Descensus testiculorum.* In *Archiv für klinische Chirurgie*, Berlin, 1890, 40e volume, 1re livraison. Traduit par Paul Bezançon, thèse in Paris, 1892, n° 231, p. 8, 9, 10, 11.

Il ne serait pas dépourvu d'intérêt, pour le sujet que je traite dans ce mémoire, qu'une description y fût donnée de ce canal de Nuck découvert, paraît-il par Swammerdam, en 1672, cherché depuis cette époque par tant d'anatomistes, vu des uns et ignoré des autres, tour à tour étudié, décrit et nié; mais je réserve pour un travail ultérieur cette question sur laquelle j'ai déjà quelques documents.

Ceci dit, voyons comment se forme la tunique vaginale.

Trois théories sont ici en présence.

Pour les uns [c'était l'opinion de John Hunter (1)], le testicule entraîne avec lui le péritoine, en glissant de haut en bas pour quitter la région lombaire, de sorte que « quand il est arrivé dans le scrotum, le testicule est recouvert par le péritoine exactement de la même manière que lorsqu'il était dans l'abdomen, adhérant toujours en arrière aux organes avec lesquels il était en contact, et toujours libre d'adhérences en avant ». C'est là un mécanisme simple, qu'Hunter expliquait par « l'extensibilité du péritoine et la grande laxité de ses adhérences favorisant son allongement et sa descente », ou pour employer l'heureuse expression de J. Cloquet (2), par une « véritable locomotion » du péritoine.

Les figures ci-jointes représentent bien les différentes étapes de cette migration (3).

Mais la théorie de Hunter n'est pas acceptable. Le mécanisme de la migration n'est pas si simple. Que le gubernaculum entraîne ou non le péritoine, il y a toujours, comme je l'ai dit, un petit cul-de-sac séreux qui précède le testicule. Comment donc le testicule se comporte-t-il par rapport à cette dépression ouverte devant lui?

Selon la plupart des auteurs (cette théorie est exposée dans le Manuel de Lauth et dans l'Anatomie de Cruveilhier), le testicule s'engage dans « ce canal infundibuliforme prêt à le recevoir » entraînant avec lui son propre péritoine, lequel descend, comme le pensait Hunter, grâce à la laxité de son union avec les parties voisines. Le cul-de-sac pré-testiculaire forme la tunique vaginale pariétale; le péritoine, qui entoure la glande, forme le feuillet viscéral. En arrière, les deux lames du méso testiculaire, entre lesquelles cheminent les vaisseaux, se continuent avec le feuillet pariétal. Peu à peu, ce méso se raccourcit. Les schémas ci-joints représentant des séries de coupes frontales et verticales indiquent l'évolution de ce processus.

Gilis (4) explique autrement la formation de la vaginale. Selon lui, le testicule ne pénètre point, au sens propre du mot, dans l'intérieur de l'infundibulum péritonéal et n'entraîne point avec lui le péritoine dont il est revêtu. Le testicule glisse derrière le péritoine qui ne subit aucune espèce de locomotion; il se met ainsi successivement en rapport avec des régions toujours nouvelles du péritoine, et comme il apporte avec lui ses vaisseaux, partout où il passe, la portion du péritoine qu'il rencontre se développe en arrière de lui en véritable méso, de sorte que c'est le péritoine lombaire qui forme le méso du testicule situé dans la région lombaire, le péritoine iliaque, le méso du testicule situé dans la région iliaque et enfin le péritoine du prolongement vaginal, le méso du testicule quand celui-ci a franchi l'orifice extérieur du canal inguinal.

Cette interprétation très simple est très satisfaisante pour l'esprit; mieux que la précédente elle est en rapport avec l'idée qu'on peut se faire de l'action du gubernaculum qui, situé en dehors de la cavité vaginale, ne saurait attirer le testicule dans la cavité séreuse où il n'est pas et ne peut, ainsi que dit Gilis, faire suivre au testicule un chemin autre que celui qu'il a suivi lui-même.

II. Le canal vagino-péritonéal.

Quoi qu'il en soit, la cavité vaginale est donc une dépendance de la grande cavité abdominale; elles communiquent l'une et l'autre par l'intermédiaire d'un canal étroit, derrière lequel cheminent les éléments du cordon : ce canal est dénommé *canal vagino-péritonéal*. Chez la plupart des sujets, le canal vagino-péritonéal s'oblitère bientôt par adhérence, par fusion de ses parois — du côté gauche d'abord, d'après Wrisberg — et dans le cours du premier mois, plus tôt quelquefois, la poche vaginale, désormais fermée, a perdu toute communication avec le péritoine. Cette oblitération ne se produit seulement chez l'homme et, au dire de Godard (1), sur le chimpanzé d'Afrique; chez tous les autres animaux, le canal vagino-péritonéal reste perméable. On ignore absolument la véritable cause de ce processus adhésif auquel est soumis la vaginale de l'homme : il paraît vraisemblable que l'attitude bipède n'y est pas étrangère.

Dans certains cas, cependant, l'oblitération ne s'opère pas ou bien elle s'opère incomplètement : l'anomalie reproduit alors plus ou moins fidèlement chez l'homme la disposition qui est normale dans la série animale.

Les anomalies du canal vagino-péritonéal peuvent être classées de la façon suivante :

1° Ou bien il n'y a pas trace d'oblitération, et la communication reste complète entre la vaginale et le péritoine.

2° Ou bien l'oblitération se produit en bas, près du testicule et le canal reste perméable en haut, près du canal inguinal.

3° Ou bien l'oblitération se produit en haut, près du canal inguinal, et le canal reste perméable en bas, près du testicule.

4° Ou bien l'oblitération se produit en haut et en bas, mais le canal reste perméable dans une certaine étendue de son parcours intermédiaire.

5° Ou bien, enfin, le processus d'oblitération s'opère d'une façon irrégulière, par places, le canal vagino-péritonéal rappelant alors la forme d'un véritable chapelet avec ses dilatations et ses rétrécissements.

Toutes ces variétés ont été bien décrites par Jules Cloquet (2) :

Première variété. — La plus intéressante est la première, celle qui est caractérisée par la persistance totale du canal

(1) John Hunter : *Loco citato*, p. 72.

(2) Jules Clocquet : *Loco citato*, p. 44.

(3) Ces figures et les suivantes ne seront publiées que dans le tirage à part de ce mémoire.

(4) P. Gilis : *Précis d'embryologie adapté aux sciences médicales*, page 319. Chez Masson. Paris, 1891.

(1) E. Godard : *Loco citato*.

(2) Jules Cloquet : *Loco citato*, p. 40.

vagino-péritonéal. Ce canal vagino-péritonéal non oblitéré se présente sous deux formes : ou bien il est court, large et régulièrement calibré, ce qui est l'exception : ou bien il est long, étroit, alternativement dilaté et rétréci. C'est ce dernier type que Ramonède (1) a décrit dans sa thèse.

Le canal vagino-péritonéal commence, dans l'abdomen, par un repli péritonéal en forme de croissant transversal placé dans la fosse iliaque, derrière l'arcade crurale, audessous de l'orifice interne du canal inguinal, regardant en arrière et en bas et appelé pli rétro-inguinal, puis il pénètre dans le canal inguinal et s'engage enfin dans les bourses.

Dans son parcours, le canal vagino-péritonéal présente trois dilatations et trois rétrécissements : la première dilatation est située dans le ventre sous le pli rétro-inguinal ; la seconde, dans le canal inguinal; la troisième, dans les bourses. Le premier rétrécissement est placé à l'embouchure du canal, derrière l'arcade crurale; le second, au niveau de l'orifice intérieur du canal inguinal; le troisième, au niveau de l'orifice extérieur de ce canal. Ces rétrécissements sont ordinairement annulaires, cylindriques, en bague; quelquefois, au contraire, ils sont représentés par une valvule semi-lunaire ou un véritable diaphragme perforé à son centre.

Le canal vagino-péritonéal est absolument parallèle au canal déférent dont il est comme le satellite: il a donc sa direction et ses coudures. Il « joue librement » dans le tunnel inguinal et ne contracte d'adhérences ni avec ses parois ni avec ses orifices. Il est placé au-dessus et un peu en avant des éléments du cordon dans le trajet inguinal; au niveau de l'aine, il est en avant d'eux; dans les bourses, il est en avant et un peu en dehors.

Deuxième variété. — Quand le canal vagino-péritonéal persiste dans sa partie supérieure, il n'a pas toujours la même longueur : quelquefois il dépasse l'orifice extérieur du canal inguinal; quelquefois, au contraire, il reste enfermé dans l'intérieur de ce canal. Dans un cas comme dans l'autre, il est fréquent de voir faire suite à cet infundibulum péritonéal, un cordon plein, blanc, fibreux, qui descend vers les bourses.

Troisième variété. — Je renvoie l'étude de cette troisième variété au chapitre des diverticules de la vaginale où elle sera mieux placée.

Quatrième variété. — Le canal vagino-péritonéal, oblitéré en haut et en bas, reste perméable, dans certains cas, au milieu de son parcours. Cette anomalie est ordinairement secondaire à celle que j'ai signalée dans la deuxième variété; elle survient lorsque l'orifice de communication entre le péritoine et le canal vagino-péritonéal s'oblitère. C'est elle qui produit, quand du liquide s'accumule dans le segment du canal isolé du péritoine et isolé de la vaginale, la maladie qu'on appelle *hydrocèle enkystée du cordon.*

Cinquième variété. — Le canal vagino-péritonéal est quelquefois disposé en chapelet; sur son trajet s'étagent des rétrécissements et des dilatations irréguliers dont le siège et la disposition, n'obéissant à aucune loi, échappent à toute description schématique. Ces rétrécissements correspondent à des atrésies complètes ou bien à de simples strictures. Suivant les cas, par conséquent, on peut, ou non, faire passer du liquide d'une des cavités dans l'autre.

J'ai fait des recherches sur le canal vagino-péritonéal ; elles ne m'ont rien appris de nouveau. J. Cloquet, je le répète, en a très bien vu toutes les variétés ; Ramonède a décrit avec précision la disposition que présente la première d'entre elles.

(A suivre.)

(1) Léopold Ramonède : *Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte.* Th. in Paris, 1883, n° 101, p. 10.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des suppurations à distance dans l'appendicite.

(TRAVAIL DU SERVICE DE M. TUFFIER)

Par Emile Piard, ancien externe des hôpitaux.

(Suite.)

CHAPITRE VIII

CLASSIFICATION DES ABCÈS DE L'APPENDICITE

Nous ne voulons pas terminer ce dernier chapitre d'exposition analytique des différentes suppurations à distance de l'appendicite sans essayer de tirer des notions acquises au cours de cet exposé, par le seul secours de la clinique et de l'anatomie pathologique, un tableau d'ensemble où nous trouvions classés tous les faits étudiés par nous.

Le seul ordre anatomique nous a guidé dans le plan de ce chapitre, le seul ordre anatomique doit nous aider à le résumer.

Or, qu'avons-nous trouvé par l'analyse des observations ?

Des suppurations en rapport direct avec l'appendice : abcès juxta ou périappendiculaires dont nous avons signalé quelques variétés, à mesure qu'elles s'imposaient à notre attention et menaçaient de l'égarer.

Des abcès à distance dans une zone plus ou moins rapprochée de l'appendice malade, mais reliés à lui par des traces d'inflammation intermédiaire.

Des abcès à distance en des points éloignés dans le foie, dans le poumon, dans le cerveau, dans la parotide, sans aucune connexion apparente avec l'appendice enflammé.

Un classement tout naturel semble donc s'imposer à nous dans un examen d'ensemble des suppurations liées à l'appendicite; nous pouvons dire qu'on y observe trois catégories :

Des abcès contigus ;
Des abcès proches ;
Des abcès lointains.

Les *abcès contigus* sont ceux que nous avons appelés péri ou juxta-appendiculaires ; ils ne rentrent pas dans le cadre de notre travail, mais il convient de les mettre à leur rang en présence des deux catégories suivantes. Ils siègent, suivant que l'appendice est dépourvu ou non de revêtement péritonéal, dans le tissu cellulaire iliaque ou dans la séreuse. Dans celle-ci, ils peuvent occuper des places variées dépendant de la situation de l'appendice et comprises toutes dans les cinq genres de Gerster et dans un genre et une espèce que nous sommes en droit de leur adjoindre d'après les faits que avons eu l'occasion de signaler en passant : le genre supérieur, l'espèce pariétale.

Nous résumons dans le tableau suivant l'ensemble de ces abcès.

Abcès contigus.	*Espèces.*	*Genres.*
Caractérisés par la présence de l'appendice dans le foyer.	a) Abcès du tissu cellulaire.	Genre lombaire. Genre pelvien. Genre crural.
	b) Abcès péritonéal.	Abcès ilioinguinal. Abcès antérieur. Abcès postérieur. Abcès pelvien. Abcès méso-cœliaque. Abcès supérieur (pouvant donner lieu à une variété de pyothorax sous-phrénique).
	c) Abcès de la paroi abdominale.	Abcès du muscle droit. Abcès de la cavité prévésicale.

Les deux dernières catégories d'abcès appartiennent seules aux abcès à distance au sens que nous avons attribué à ce terme.

Les *abcès proches* comprennent ceux que nous avons décrits dans nos trois premiers paragraphes et auxquels nous avons trouvé un caractère anatomique commun, celui d'être reliés par de la péritonite plastique et des tissus de sclérose au foyer primitif juxta-appendiculaire, bien qu'ils n'offrent aucune relation avec l'appendice.

Le tableau suivant rappelle le siège de ces abcès :

Abcès proches.	*Espèces.*	*Genres.*
Caractérisés par l'absence de l'appendice dans le foyer, mais par des connexions inflammatoires avec le centre infectieux primitif.	Abcès du tissu cellulaire iliaque.	Lombaire. Pelvien. Crural.
	Abcès de la paroi abdominale.	De siège très variable.
	Abcès péritonéal.	A évolution précoce. A évolution tardive.

Quant aux *abcès lointains*, ils ne paraissent de prime abord se rattacher ni de près ni de loin à l'appendice malade ; ils constituent donc une catégorie naturelle qui englobe tous les abcès décrits dans nos derniers paragraphes et dont nous présentons une vue d'ensemble dans le tableau suivant :

Abcès lointains.	*Espèces.*
Caractérisés par l'absence de toute connexion macroscopique appréciable avec le foyer primitif.	Abcès du foie. Suppurations pleuro-pulmonaires. Infections cardiaques. Abcès du cerveau. Abcès parotidien. Foyers disséminés multiples.

Ces divers tableaux résument exactement la première partie de notre travail, qui a consisté en une pure juxtaposition sans parti pris théorique, et en une analyse aussi claire que possible de faits en apparence disparates.

Dans un second chapitre d'ordre plus spéculatif, nous nous réservons de fixer la valeur relative et le rapport précis de ces simples constatations.

PATHOGÉNIE

L'étude clinique des abcès à distance de l'appendicite nous a permis d'établir, sur des documents précis, l'existence de ces abcès, leur façon d'être, leurs caractères anatomiques dont nous avons pu tirer chemin faisant quelques notions pathogéniques s'appliquant à chacune des catégories que nous avons successivement examinées.

Nous avons renoncé volontairement dans cette description analytique à une classification basée sur des caractères étiologiques non encore définis et qu'il nous appartenait de fixer : c'est là le but de ce chapitre.

Notre intention est d'y reprendre les différents faits que nous venons de faire connaître, de les soumettre à une critique aussi rigoureuse que nous le permettent les notions acquises de pathologie générale, et d'examiner s'il y a lieu de remanier, au point de vue purement pathogénique, la classification que nous avons proposée en nous plaçant au point de vue de la localisation anatomique.

Nous avons dit, en terminant le chapitre précédent, que des considérations uniquement cliniques nous amenaient à distinguer dans les abcès distincts du centre inflammatoire primitif des abcès proches et des abcès lointains.

Aux abcès proches appartiennent les abcès du tissu cellulaire iliaque circonscrits ou diffusés, les abcès péritonéaux, les abcès de la paroi abdominale.

Dans la classe des abcès lointains, nous avons fait rentrer toutes les phlegmasies viscérales, les abcès du foie, les supparations pleuro-pulmonaires, les foyers cérébraux et parotidiens.

Nous allons examiner maintenant si, en nous fondant sur les caractères anatomiques précis et en considérant les voies diverses qui ont pu servir à la diffusion de l'agent infectieux dans ces circonstances différentes, nous pouvons maintenir cette distinction.

Après avoir mûrement pesé les raisons favorables et contraires, nous avons opté pour l'affirmative et nous sommes arrivés aux conclusions suivantes que nous nous efforcerons de justifier :

1° Les abcès proches paraissent tenir à une septicémie locale dont l'ensemble des dispositions anatomiques rend suffisamment compte ;

2° Les abcès lointains sont l'expression d'une septicémie générale dont nous sommes en mesure de préciser les voies et les étapes, depuis le centre infectieux primitif jusqu'à la septicémie généralisée.

§ I. — Abcès proches

A. *Phlegmon iliaque à distance.* — La production à distance de l'appendice enflammé, de cette variété de suppuration, trouve dans les conditions anatomiques normales une raison suffisante. Nous savons, en effet, que les lymphatiques qui naissent de l'appendice se rendent par le méso-appendice en arrière du cæcum où ils se jettent dans un petit groupe ganglionnaire situé au niveau de la face postérieure de cet organe, avant de se porter avec les autres lymphatiques intestinaux vers l'insertion du mésentère. A ce niveau le méso-cæcum formé par la terminaison du mésentère vient s'insérer sur le tissu cellulaire iliaque et dans ce méso nous trouvons des anastomoses lymphatiques et veineuses entre les lymphatiques et les veines de la face postérieure du cæcum.

Ces anastomoses n'ont rien de fixe, elles constituent des possibilités anatomiques fréquemment réalisées mais non constantes, qui peuvent être rapprochées des anastomoses décrites par Retzins entre les veines mésentériques et les veines lombaires.

Quand elles existent, ces anastomoses suffisent à rendre compte d'une infection du tissu cellulaire à distance de l'appendice ; — quand elles n'existent pas elles sont amplement suppléées par les anastomoses de création nouvelle qui se forment entre les circulations pariétale et viscérale, par l'intermédiaire des néo-membranes de la péritonite plastique.

Il n'y a là rien que de très classique : le fait des anastomoses normales est indubitable aussi bien que celui des anastomoses pathologiques dans les phlegmasies des séreuses.

La constatation nécropsique seule de ce processus nous fait défaut et cette lacune nous contraint à présenter seulement sous forme d'hypothèse ce qui nous paraît l'expression rigoureuse de la réalité : C'est par l'intermédiaire d'anastomoses veineuses ou lymphatiques, normales ou pathologiques, que l'agent infectieux de l'appendicite peut aller déterminer à distance une suppuration du tissu cellulaire iliaque ; la brièveté du chemin à parcourir explique la fréquence relative de cette complication.

B. *Abcès de la paroi.* — Pour interpréter le mécanisme pathogénique de l'abcès à distance de la paroi nous ne trouvons pas de voie normale et directe par laquelle le germe infectieux puisse passer de l'appendice enflammé dans la paroi saine, et pourtant, tout dans l'histoire clinique de cette variété d'abcès plaide contre l'idée qu'il ne soit que la manifestation fortuite d'une infection générale. La nature des lésions constantes qui l'accompagnent nous paraît, au contraire, guider facilement l'investigation étiologique.

Dans l'anatomie pathologique de ces abcès nous avons insisté sur les traces d'inflammation locale diffuse qui les accompagnent, sur la péritonite plastique à brides multiples et serrées qu'on observe à l'ouverture de l'abdomen : ce que nous venons de dire du rôle des anastomoses pathologiques veineuses et lymphatiques par les néo-membranes ne nous paraît nulle part plus intéressant à rappeler qu'à propos des abcès de la paroi. C'est par l'intermédiaire de ces anastomoses pathologiques que la paroi abdominale nous semble pouvoir s'infecter à distance et l'apparition tardive des phlegmons pariétaux dépend, pour nous, de la seule durée que mettent à s'organiser les voies de son infection.

C. *Abcès péritonéaux à distance.* — En ce qui concerne les abcès péritonéaux à distance, nous avons admis deux classes : les abcès à évolution précoce et les abcès à évolution tardive; nous avons établi que les premiers répondaient incontestablement à une forme de l'infection péritonéale générale et ne tenaient qu'à des modes de réaction différente de la séreuse en des points différents sous l'influence d'un même organisme pathogène qui s'y diffuse dans toute son étendue. Pour les seconds, nous avons dit que les auteurs les attribuaient à une propagation de l'infection du foyer primitif par les lymphatiques nouveaux ou par l'intermédiaire d'une péritonite plastique que l'on trouve toujours entre les loges purulentes. C'est à cette dernière opinion que nous avons tendance à nous rattacher, le rôle des néo-membranes dans la diffusion de l'agent pathogène nous paraissant suffisamment mis en relief par ce que nous avons dit des abcès précédents, et la recherche d'une autre explication pathogénique nous semblant inutile alors qu'existe la lésion que nous avons invoquée en d'autres circonstances. Nons faisons seulement quelques réserves pour le pyothorax sous-phrénique que nous rapprocherons plus loin de la pleurésie purulente.

Dans tous les cas précédents, nous voyons que la péritonite plastiqne, lésion immédiatement sous la dépendance de l'infection périappendiculaire, tient la première place et paraît être l'intermédiaire nécessaire dans presque tous les faits, entre le foyer primitif et les abcès à distance de ce premier groupe, par les connexions nouvelles qu'elle crée. C'est par l'intervention de cette péritonite plastique que peut diffuser l'infection appendiculaire, mais seulement dans la zone limitée où elle s'étend à peu de distance d'elle. S'il y a abcès distinct du foyer primitif, il n'y a pas, en somme, discontinuité entre les produits morbides nés sous son influence : abcès juxta-appendiculaire, péritonite néo-membraneuse, sclérose pariétale et abcès de la paroi sont en contiguïté immédiate.

Pour nous résumer, nous pourrions dire que tout le premier groupe d'abcès à distance que nous avons compris sous la rubrique d'abcès proches, répond à nos yeux à une inflammation diffuse cohérente et localisée due à une solidarité primitive ou secondaire, anatomique ou pathologique entre les divers plans qui enveloppent le cæcum malade, qui participent par suite, à des degrés divers, suivant leurs aptitudes réactionnelles, à l'infection née dans l'appendice.

(*A suivre.*) (*Archives générales de Médecine.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

Mode d'intervention dans la hernie crurale étranglée.

M. A. Heydenreich (de Nancy) nous expose un traitement de hernie crurale étranglée, présentant moins de danger que celui de la kélotomie sans ouverture du sac, ou de la kélotomie selon le procédé habituel. Il commence l'opération d'après la méthode ordinaire; ensuite après ouverture du sac herniaire et examen de son contenu, il pratique le débridement extérieurement au sac. L'intestin est amené au dehors, et l'opération s'achève comme d'ordinaire.

En agissant ainsi, l'hémorrhagie, si elle se produit, est extérieure et facile à arrêter. On évite en outre une blessure de l'intestin, et si l'opération s'achève par l'extirpation du sac herniaire, on agit sur un collet de sac intact.

Ce débridement extérieur est généralement suffisant; dans les cas seuls où le collet lui-même est l'agent de l'étranglement, un débridement sera nécessaire à l'intérieur du sac.

Variétés rares de hernies.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) dut intervenir chez une femme pendant sa grossesse. Une hernie ombilicale disparue avait laissé des adhérences qui tiraillaient l'utérus. Les vomissements dont se plaignait la malade cessèrent après l'intervention.

La même opération dut se pratiquer pour un cas de hernie inguino-labiale de l'ovaire droit.

Dans les deux cas, les résultats furent excellents, et la guérison parfaitement obtenue.

Laparotomie dans les contusions de l'abdomen.

M. Guinard (de Paris) expose deux cas dans lesquels il a dû faire la laparotomie. Les deux fois, il s'est trouvé en présence d'une rupture de l'intestin avec issue des gaz et des matières dans la cavité péritonéale. L'intervention s'étant faite trop tard, les deux malades succombèrent.

Dans un autre cas, ayant suturé immédiatement deux perforations de l'intestin grêle et une déchirure du mésentère par où s'échappait une grande quantité de sang, l'opéré a guéri en peu de temps grâce à cette prompte intervention.

En cas de contusion à l'abdomen, la perforation de l'intestin se reconnaît à la sonorité tympanique préhépatique et à une contraction des muscles abdominaux qui empêche toute exploration manuelle. S'il y a doute, il est bon de pratiquer une boutonnière permettant de voir s'il y a une lésion ou si la cavité péritonéale est intacte.

MM. Michaux et **Reclus** (de Paris) reconnaissent que la laparotomie s'impose dès le début dans les plaies et contusions de l'abdomen. D'après eux une petite incision n'est pas suffisante, il faut une large ouverture permettant un examen complet de la cavité abdominale.

De la néphrotomie dans l'hydronéphrose compliquée d'oligurie avec accidents urémiques.

M. Pousson (de Bordeaux) nous fait remarquer que la fonction du rein peut être considérablement diminuée ou même supprimée par la suspension de la sécrétion rénale. Ayant à soigner un cas de ce genre caractérisé par de l'oligurie et des phénomènes d'intoxication urémique, il obtint la guérison de son malade par la néphrotomie lombaire.

Il est donc d'accord avec M. Demons pour reconnaître la nécessité de cette opération dans tous les cas d'anurie.

Opérations de chirurgie rénale.

M. J. Albarran (de Paris) a pratiqué un grand nombre d'opérations sur les reins. Presque toutes ont eu d'heureux résultats.

Dans les cas de néphrorrhaphie, la résection de la capsule adipeuse du rein est une précaution d'une grande utilité. Il suffit ensuite de faire trois points parenchymateux sans décortiquer la capsule propre. Le rein est resté bien fixé chez tous ses opérés, sauf chez deux névropathes ; leurs douleurs ont cessé immédiatement et leur guérison s'est bien maintenue.

D'abondantes hématuries sont produites quelquefois par la congestion du rein mobile. L'augmentation de son volume et la polyurie peuvent aussi faire croire à une hydronéphrose intermittente qui n'existe pas. Des reins lobulés se rencontrent quelquefois chez les opérés du rein mobile.

L'hydronéphrose calculeuse est moins rare qu'on ne croit. Parmi ses malades, M. Albarran en a traité un atteint d'hydronéphrose aseptique déterminée par un calcul de cystine oblitérant le collet du bassinet.

La pyonéphrose peu développée ne se reconnaît de la pyélonéphrite que par des décharges intermittentes de pus dans l'urine. Lorsqu'en pratiquant la néphrotomie, on se trouve en présence de la pyélonéphrite sans rétention de pus dans la vessie, il faut drainer le bassinet à travers le rein. En fermant trop promptement la plaie rénale, il est à craindre qu'une nouvelle intervention devienne nécessaire.

La néphrectomie donne, en général, de bons résultats. Sur les opérés pour pyonéphrose tuberculeuse, la guérison immédiate se fait souvent en d'avantageuses conditions, mais elle n'est pas durable. Les malades succombent souvent après quelques mois. Il faut tenir compte aussi de l'infection urinaire qui, quelquefois, est cause des cystites chez les tuberculeux. L'état cachectique du malade est dû souvent à cette infection.

Un malade avec symptômes de péritonisme a succombé à la suite de néphrolithotomie avec suture du rein dans des reins aseptiques. Sur deux cas de pyonéphrose calculeuse traités par la néphrotomie, un opéré a survécu, l'autre est mort.

Dans les cas de cancer, il ne faut opérer que ceux qui sont bien limités. Les malades peuvent quelquefois vivre longtemps, bien qu'atteints de gros cancers qui ont été jugés inopérables.

Une malade, opérée pour kystes, a parfaitement guéri après extirpation de toutes les poches jusqu'au contact du parenchyme du rein.

Les opérations rénales sont suivies quelquefois d'accidents réflexes très graves. Il se produit alors des vomissements incoercibles, la région lombaire est douloureuse à la pression. Le malade est anxieux, la température reste à peu près normale, mais le pouls tantôt diminue, tantôt augmente. Quelquefois, ces symptômes disparaissent après vingt-quatre heures ; d'autres fois, ils se prolongent, malgré les injections intra-veineuses de sérum artificiel. On a vu ces phénomènes persister deux ou trois jours et, au moment où les malades inspiraient les plus grandes craintes, ces symptômes disparaissaient à la suite de l'absorption d'un grog très chaud.

Néphrectomie lombaire pour rupture traumatique du rein.

M. Monprofit (d'Angers). — Une jeune homme blessé dans une rixe fut amené à l'hôpital d'Angers. Son état de faiblesse faisait croire à une grave hémorrhagie interne. Une tumeur dure et arrondie se sentait dans la région du flanc gauche et on constata que la rupture du rein gauche avait amené cette hémorrhagie. Tous les soins médicaux furent mis en œuvre, mais l'état général du malade continuait, malgré cela, à s'aggraver. Les extrémités étaient froides, le pouls insensible, le patient était épuisé par l'hémorrhagie interne ; il fallut donc hâter l'opération. Par une large incision à la région lombaire, on arriva à une tumeur noirâtre, formée par un amas de caillots. Une seconde incision permit le nettoyage de la poche et l'on trouva alors le rein éclaté sur son bord convexe dans toute sa hauteur. Il fut enlevé en totalité, la plaie fut tamponnée et réunie. Au bout d'un mois, la guérison fut achevée. A l'examen, on vit qu'il s'agissait d'un rein hydronéphrotique qu'un coup violent avait fait éclater.

M. Péan (de Paris) décrit trois degrés dans la luxation du foie : celui-ci dépasse les fausses côtes dans le premier degré, arrive à l'ombilic dans le second, et tombe dans le bassin au troisième degré. Cette affection d'un diagnostic très difficile se confond souvent avec les kystes et les tumeurs solides du parenchyme hépatique. Une chute du rein ou des intestins l'accompagne assez fréquemment.

Une incision transversale exploratrice est indispensable au chirurgien pour lui permettre un examen approfondi du foie. Faite en ce sens, elle laisse une surface de péritoine assez large pour permettre l'hépatopexie.

M. Péan a renoncé à l'immobilisation du foie, et à l'aide d'un cloisonnement fait de fils de soie il empêche le foie de retomber. Un surjet de catgut renforce le premier plan de sutures à la soie.

L'hépatopexie ne peut se faire que si la glande hépatique est reconnue assez saine et assez mobile pour être remise à sa place.

En cas de déplacement concomitant du rein, on peut en une seule séance pratiquer l'hépatopexie et la néphropexie chez des malades assez robustes ; sinon la fixation du rein se fera plus tard.

Des récidives après les opérations contre les prolapsus.

M. Tuffier (de Paris) insiste snr les causes des récidives des prolapsus après traitement dirigé contre ces derniers.

Les prolapsus tiennent à l'état d'infériorité physiologique des tissus de certaines femmes. Avant la grossesse, on remarque des flexions utérines, surtout des rétroflexions. On voit souvent des hernies, de l'abaissement des reins, de la scoliose.

Du reste, il n'est pas rare que cette infériorité des tissus soit limitée aux organes génitaux et à l'abdomen. Il faut ne pas méconnaître l'état de ces malades, car ce sont chez elles que le prolapsus récidive en général.

Les prolapsus qui sont donc la manifestation d'un état général caractérisé par une infériorité physiologique, pouvant se généraliser, sont les plus enclins à récidiver et donnent aux chirurgiens le plus d'insuccés opératoires.

Ce genre de prolapsus ne va pas sans s'accompagner de troubles fonctionnels s'aggravant encore de l'état nerveux de la femme.

Les résultats définitifs de la cure du prolapsus sont sous la dépendance de différentes conditions : les opérations sont complexes, les cicatrices peu solides, se laissant facilement effondrer. De plus, même après guérison du prolapsus, les malades restent toujours des nerveuses ; les autres troubles, tels que l'entéroptose, la néphroptose, sont largement suffisants pour faire souffrir les malades, et continuer à troubler profondément leur état général.

Traitement des prolapsus génitaux.

M. Routier (de Paris) montre combien la connaissance de la pathogénie exacte des prolapsus génitaux simplifierait leur traitement.

Ce qui est surtout important, c'est que l'utérus ne joue qu'un rôle secondaire, la paroi antérieure du vagin tombant toujours la première. Puis vient la paroi postérieure. Enfin l'utérus tombe à la vulve ou tout à fait en dehors.

L'utérus reste petit ; il est très vasculaire, riche en gros vaisseaux veineux. L'hystérectomie en est rendue plus grave.

Le cloisonnement du vagin de Le Fort ne donne pas tous les résultats qu'on pourrait en attendre. Les différents procédés de colporrhaphie, de périnéorrhaphie avec amputation du col de l'utérus sont préférables. Il faut avant tout refaire un périnée épais et résistant, un vagin long et très étroit.

Si le prolapsus s'accompagne de tumeurs des ovaires ou d'autres tumeurs abdominales dont la présence aide au prolapsus, on commencera par traiter la tumeur.

Le pessaire suffit bien souvent à guérir le prolapsus, surtout si le périnée a été reconstitué par une périnéorrhaphie convenablement pratiquée.

Lorsque le prolapsus récidive, cette récidive ne se fait souvent qu'au niveau de la paroi adhérente sous forme de cystocèle. Elle est favorisée par des accouchements ultérieurs à l'opération.

M. Routier ajoute que sa pratique personnelle lui a donné les meilleurs résultats. Il n'a jamais perdu de malades, et les résultats immédiats ont toujours été satisfaisants. La guérison se maintient bien dans la plupart des cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre. — Présidence de M. Monod.

Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde.

M. Brun. — Je viens simplement vous lire une observation ayant trait au traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoïde. (Voir *Gazette Médicale* du 21 novembre.)

Un enfant, au déclin d'une fièvre typhoïde, présentait tous les signes d'une péritonite par perforation avec 40° de température. Je fus appelé auprès de ce malade et me décidai à lui faire une laparotomie.

L'opération me montra une perforation sur laquelle je tombai sans peine ; je suturai, et je terminai facilement l'opération. L'état de l'enfant ne changea guère. Mais trois jours plus tard, il se releva incontestablement. Toutefois, cette amélioration fut de courte durée, et l'enfant ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, je constatai une péritonite généralisée ; ma suture avait fort bien tenu. Mais sur l'intestin grêle il existait cinq autres perforations au voisinage de la valvule iléo-cæcale. De plus, il y avait une plaque de sphacèle à la partie supérieure de l'intestin grêle.

Ce fait montre la gravité de l'intervention au cours de la fièvre typhoïde. Je ne regrette du reste pas d'avoir fait la laparotomie. Mais il faut, je crois, poser en principe que dans la fièvre typhoïde il y a, outre l'état d'infection du sujet, des pertes de substance intestinale pouvant souvent se multiplier encore après l'intervention. Aussi n'intervenons-nous que parce que les accidents sont désespérés, et parce que nous pouvons escompter la chance de tomber sur un de ces cas très rares à perforation unique.

M. Lejars. — J'ai fait deux laparotomies pour perforations typhiques. La première fois, j'ai rencontré une petite perforation circulaire. L'enfant mourut le lendemain, malgré tout ce que j'ai pu faire.

Le second cas est plus intéressant. Il s'agit d'un malade de 23 ans entré à Beaujon, chez M. Fernet, pour une fièvre typhoïde tout à fait grave. L'état général s'était amendé sous l'influence des bains froids. Mais tout à coup le malade se plaignit d'une douleur à la fosse iliaque droite. M. Fernet fit le diagnostic de perforation typhique; le ventre était un peu ballonné, le malade n'avait pas vomi, la température avait monté la veille, il y avait une vive douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

A l'ouverture du péritoine, je vis un liquide grumeleux; la perforation siégeait à 15 centimètres de la valvule iléo-cæcale; elle laissait passer l'index. Je fis la suture de cette perforation; l'opération fut terminée en une demi-heure.

Le malade alla mieux ce jour-là et le lendemain. On lui fit des injections intra-veineuses de sérum. Le matin du troisième jour le malade succomba d'une façon assez brusque.

L'autopsie montra que la perforation était restée bien suturée. Le péritoine ne contenait pas de liquide. Mais on trouvait tous les signes d'une fièvre typhoïde très intense.

Malgré cet échec, l'impression qui m'est restée est qu'il a mieux valu intervenir. On donnait ainsi au malade une chance, bien faible, il est vrai, de guérison. Ici, le malade n'est pas mort des suites de la perforation mais a succombé à l'infection typhique elle-même.

M. Terrier. — J'ai été appelé, en 1886, auprès d'un malade âgé de 30 ans, qui avait éprouvé une douleur interne du côté gauche de l'abdomen en allant à la garde-robe. M. Charcot, qui vit ce malade, diagnostiqua une péritonite par perforation, sans pouvoir trouver la raison de cette perforation.

M. Charcot me fit appeler. Quand je vins près du malade, la péritonite en était au quatrième jour. Je fis la laparotomie qu'il me demanda lui-même ; je vis des anses intestinales accolées par des fausses membranes. Je rencontrai, en décollant ces anses, dix perforations successives.

Je fis la suture de ces dix perforations ; j'eus, du reste, la plus grande difficulté à obturer les différentes perforations. Les sutures avaient beaucoup de peine à tenir, étant donné l'état de l'intestin.

Je rappelle ce cas, bien que ce malade n'ait pas eu une perforation par fièvre typhoïde ; il me semble qu'il était, néanmoins,

indiqué de le faire connaître au cours de cette discussion, car. pour ne pas se rapporter à nne fièvre thyphoïde, il n'en est pas moins instructif.

Traitement chirurgical des otites moyennes chroniques.

M. Peyrot. — M. Moure (de Bordeaux) nous a adressé un travail sur trente-quatre cas d'ouvertnre de l'antre mastoïdien.

M. Moure montre que, dans les vieilles otorrhées, l'ouverture large de l'antre mastoïdien est souvent bénigne.

C'est en vain, souvent, qne l'on essaie les opérations portant snr la caisse par le canal. M. Monre admet, d'autre part, que de longues suppurations peuvent guérir spontanément. Cette opinion est sujette à caution.

M. Moure dit que, dans bien des cas, le travail pathologique modifie la forme de l'antre. Il ajoute différentes considérations d'ordre anatomique et continue son travail par la description minutieuse des actes opératoires.

Il conseille, chez l'enfant, d'aller d'abord à l'antre; de même, chez l'adulte, il faut chercher les cellules quand on le peut. On voit qu'il prend la voie contraire à celle conseillée par Stacke et suivie aussi par M. Broca, qui préfère aller du connu au possible, s'il est nécessaire.

M. Moure insiste sur la prudence qu'il faut apporter dans les interventions sur l'oreille, snrtout à cause de la possibilité de provoquer une paralysie faciale.

M. Moure accompagne son travail de trente-quatre observations, dont quatorze se rapportent à des mastoïdites aiguës, dix-huit autres à des mastoïdites chroniques.

M. Broca. — Je suis heureux de voir que M. Moure confirme l'opinion, depuis longtemps soutenue par moi, que les vieilles otorrhées chroniques se compliquent souvent de lésions du côté de l'antre.

Le désaccord entre M. Moure et moi, c'est l'emploi de l'opération de Stacke.

Celle-ci, en effet, permet de commencer par le connu. M. Moure, au contraire, conseille de commencer par l'antre, qui, de son avis même, est variable comme forme et comme volume. La caisse, au contraire, est toujours semblable à elle-même; il n'y a donc vraiment pas à hésiter.

Hernie étranglée de l'appendice.

M. Routier lit un rapport sur un travail de **M. Guinard** se rapportant à un cas de hernie étranglée de l'appendice.

Une femme d'une quarantaine d'années avait depuis longtemps une hernie crurale droite. Elle se plaignit un jour de tiraillements et de douleurs au niveau de sa hernie. Peu après elle fut amenée à l'hôpital.

M. Guinard fit la kélotomie. Celle-ci lui montra qu'il était en présence de l'appendice et du cæcum. Il n'y avait pas trace de péritonite. L'appendice fut enlevé au thermo-cautère.

L'appendice avait 15 centimètres, les parois en étaient violacées et congestionnées. Il formait une véritable cavité close. Si donc la théorie de M. Dieulafoy était vraie, conclut M. Guinard, cette femme aurait dû avoir des accidents péritonéaux. Mais M. Routier nie d'ailleurs l'étranglement, se basant sur les symptômes donnés par M. Guinard au sujet de son malade. M. Routier ne croit pas que l'appendice ait été complètement clos dans le cas présent, et il considère que la théorie de M. Dieulafoy, basée sur les expériences de Klecki, n'en subsiste pas moins dans son entier.

Amputation totale du pied par l'opération de Syme.

M. Potherat. — L'amputation totale du pied est une opération rarement exécutée. C'est Syme qui, en 1862, conçut le procédé permettant de mener cette opération à bien. Ce procédé est condamné par différents auteurs à cause, disent-ils, de son exécution difficile.

Je crois que ces reproches sont immérités; l'opération de Syme reste une opération sans danger, quoi qu'on en ait dit.

J'insiste sur la nécessité de commencer par l'incision plantaire. J'estime de plns que, contrairement au conseil donné par Verneuil, il faut assez rapidement faire marcher le malade.

J'ai en ces dernières années l'occasion de faire quatre fois cette opération. Elle m'a donné les quatre fois de bons résultats. Je l'ai pratiquée pour un ostéo-sarcome et pour un écrasement du pied. Les deux malades ont parfaitement guéri.

Quant aux deux antres opérations, elles ont été faites pour lésions tuberculeuses du pied. Les denx malades ont succombé plus tard à d'autres accidents bacillaires; mais les deux amputations avaient eu des suites excellentes.

Présentation de pièce.

M. Monod montre un appendice réséqué par lui. Il paraît être clos, et on y sent nettement un calcul à l'intérieur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre.

Cicatrices des vaisseaux après ligature de ces derniers.

M. Cornil démontre qu'en expérimentant sur les veines du chien, on peut observer progressivement les phénomènes que présentent les vaisseaux après leur ligature, et aboutissant à la formation des cicatrices.

Après s'être gonflées, les cellules endothéliales de la paroi interne se prolongent, les points d'attaches disparaissent, et leurs rapports avec la paroi ne subsistent plus que par un prolongement. Elles se redressent après que leur noyau s'est dirigé vers la lumière du vaisseau, et affectent la disposition de cellules épithéliales cylindriques en se rangeant le long de la membrane interne.

Disposées ainsi elles se reproduisent, s'allongent dans le vaisseau et progressent petit à petit dans le caillot en reliant leur prolongement avec les cellules fixées à la paroi interne de la veine.

En examinant le caillot, on y aperçoit, déjà peu de temps après la ligature, la progression d'un petit bourgeon. Dès le quatrième jour, les cavités de ce même caillot sont bordées de cellules endothéliales ressemblant à des vaisseaux capillaires en voie de formation. Après le sixième jour ces cavités parcourent presque tout le caillot dont l'organisation est achevée. Les cellules s'implantent sur les débris détachés de la membrane interne, et le réseau vasculaire se reforme par leur évolution.

La fibrine disparaît après entière cicatrisation, et il ne subsiste alors que du tissu conjonctif creusé de cavités vasculaires.

Le processus est plus lent dans les artères, mais s'accomplit de la même manière.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 novembre.

Respiration artificielle par insufflation pulmonaire dans certaines opérations intra-thoraciques.

MM. Tuffier et Hallion. — L'accès du médiastin et des organes thoraciques deviendrait facile si nous pouvions ouvrir la cavité pleurale tout en maintenant à l'état physiologique le rôle du poumon. Les recherches que nous venons vous communiquer tendent à permettre d'aborder les organes intra-thoraciques par voie transpleurale sans provoquer le pneumothorax. Ce ne sont encore que des faits expérimentaux de technique physiologique qui sont à l'étude chez l'homme.

Pour éviter le pneumothorax tout en ouvrant la plèvre et pour le faire disparaître instantanément s'il est constitué, et si la

plèvre est onverte, il suffit d'insuffler le poumon par le larynx ou par la trachée. Si, au moment où on ouvre la séreuse, on pratique cette insufflation, l'organe distendu par la pression de l'air n'a aucune tendance à abandonner sa situation.

De même, si un pneumothorax est provoqué par une ouverture pleuro-pariétale et sans blessure du poumon, la fermeture de la plaie pariétale et l'aspiration peuvent diminuer la quantité d'air contenu dans la plèvre, mais l'insufflation trachéale permettra de le faire disparaître de suite en réappliquant la surface pulmonaire à la plèvre pariétale et en suturant la plaie avant de cesser l'insufflation. Voici les expériences qui le prouvent; nous les avons répétées sept fois et nous décrirons seulement ici la technique générale dont le principe est le tubage laryngo-trachéal.

Un chien étant chloroformé, on introduit dans la trachée, par la cavité buccale, nn long tube de cuivre que l'on met, d'autre part, en communication avec une soufflerie. La respiration artificielle étant ainsi installée, on incise un espace intercostal et on le fait bâiller largement. La cavité pleurale, éclairée par une lampe à incandescence, devient alors assez largement accessible pour permettre diverses interventions sur l'œsophage, le grand sympathique, le pneumo-gastrique, etc.

Plusieurs chiens traités de cette manière ont survécu pendant des mois, sans aucun trouble causé par l'opération subie et c'est là le point sur lequel nous voulons insister. Mais nous avons dû nous demander si l'insufflation, tout en suppléant avec efficacité la respiration normale, ne changeait pas les conditions de la circulation pulmonaire à un degré tel qu'elle pût entraîner de sérieux désordres et constituer un danger. Les recherches que nous avons faites sur ce point et dont nous donnerons le détail, prouvent qu'il n'en est rien.

Quelques précautions sont nécessaires pour mener à bien l'expérience. L'asepsie doit être des plus rigoureuses, il serait bon que l'air insufflé fût stérilisé par le chauffage, et il importe que l'air extérieur, destiné à être brassé dans la plèvre, par le va-et-vient du poumon, fût aussi stérile que possihte.

Certaines incisions facilitent particulièrement ces recherches intrathoraciques en permettant d'aborder le médiastin, du moins chez le chien. C'est ainsi qu'on peut inciser deux espaces intercostaux symétriques et les réunir par une section transversale du sternum. On peut aussi, d'un trait de scie, diviser longitudinalement le sternum dans toute sa longueur et écarter les deux moitiés. L'application de ces faits à la chirurgie ne peut entrer en ligne de compte que si l'insufflation pulmonaire par voie laryngée est facile et inoffensive. L'un de nous a fait construire et a expérimenté une canule de tubage laryngé qui, entre autres avantages, pour d'autres opérations, permettra peut-être cette insufflation directe du poumon dans les opérations transpleurales.

De la résorption de la bile dans le foie.

MM. **Wertheimer** et **Lepage** affirment, par suite de nombreuses expériences, la part active prise dans le foie par les vaisseaux sanguins à la résorption des pigments biliaires. Ils ont essayé de faire résorber la bile étrangère par une portion du foie chez le chien, pour voir si on la retrouve dans la bile sécrétée par les autres lobes hépatiques, alors que les voies lymphatiques ne la déversent plus dans le sang. Cette expérience a donné des résultats assez positifs pour qu'on ne puisse leur opposer le passage de la bile des lobes droits aux lobes voisins par des anastomoses entre les canaux biliaires.

Accidents épileptiformes expérimentaux.

M. **Charrin** a observé, chez un cobaye, des accidents convulsifs provoqués par l'irritation d'une zone de la région cervicodorsale. Ces accidents sont parfois épileptiformes et rappellent les faits cités par Brown-Séquard.

Des injections sous-cutanées de toxine diphtérique avaient été faites antérieurement sur ce cobaye qui, ensuite, a été soumis aux courants à haute fréquence. L'étiologie de ces accidents ne pourra s'expliquer qu'à l'examen histologique.

Les radiographies appliquées à l'étude de la circulation artérielle du rein.

MM. **Destot** et **Bérard** ont été amenés à diverses conclusions par l'application de la radiographie à l'étude de la circulation rénale.

La circulation artérielle du rein est répartie suivant de vastes territoires fermés et snperposés dans le sens antéro-postérieur.

Un territoire terminal plus ou moins étendu dépend de chaque branche de bifurcation lobaire, interlobaire ou multilobaire.

Pour arriver par le chemin le plus court et le plus vite possible aux divisions glomérulaires, chaque artère lombaire se divise par fausse dichotomie suivant des types contingents.

L'existence de voûtes artérielles suspyramidales continues n'est pas admissible.

Les artères droites interlobaires des auteurs naissent directement des branches du tronc lobaire, comme les aiguilles d'une branche de sapin.

Les artères des pyramides de Malpighi proviennent des capillaires glomérulaires, comme le veut Kœlliker.

De la marche de la diphtérie.

M. **Guiraud**. — Les courbes de mortalité montrent que la gravité des maladies infectieuses a nn cycle déterminé d'après certaines répétitions.

Ainsi, depuis 1893, la diphtérie présente dans le sud-ouest de la France un minimum auquel elle n'était pas descendue depuis une vingtaine d'années.

Ces lois ont leur utilité dans l'application des moyens thérapeutiques.

Elles sont d'autant plus importantes à rappeler que, grâce aux travaux récents sur la diphtérie, de nombreux cas légers jadis méconnus sont aujourd'hui reconnus diphtériques.

Traitement des accidents consécutifs aux grandes hémorrhagies.

M. **Mitout** a employé des lavements de lait salé, de bouillon salé et d'eau salée (ces derniers à 4 grammes pour 200 grammes d'eau) chez quelques malades présentant des symptômes graves par suite de fortes hémorrhagies. La quantité du liquide peut être plus ou moins considérable selon la nature du malade. On administre ces lavements toutes les heures d'abord, puis on les espace proportionnellement à l'amélioration qui se produit.

De l'opothérapie hépatique.

MM. **Gilbert** et **Carnot** montrent que l'opothérapie hépatique exige l'isolement des parties nuisibles et utiles du foie. Cette séparation peut se faire par des moyens physiques ou par la limitation de la toxicité de l'extrait qui permet d'augmenter les propriétés utilisables.

Les auteurs ont appliqué l'opothérapie hépatique à trois groupes de cas : ceux où il y avait affection du foie avec signes d'insuffisauce hépatique; ceux où l'affection avait un rapport mal déterminé avec les fonctions hépatiques; ceux où il y avait infections et intoxications générales.

L'opothérapie jusqu'à présent n'a pas été utilisée par les auteurs dans un assez grand nombre d'expériences pour leur permettre de formuler des conclusions précises et définitives. Ils ont vu des résultats assez heureux dans certaines circonstances; dans d'autres cas, ces résultats n'ont été que temporaires.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Diminntion du nombre des étudiants en médecine inscrits en 1896 dans les Facultés et Ecoles de médecine de France.

Depuis qu'a été appliqué le nouveau régime d'études qui exige, pour l'inscription dans les Facultés de médecine, la production du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, le nombre des étudiants a subi une diminution sensible. C'est au début de l'année scolaire 1895-1896 que les nouvelles dispositions ont été mises à exécution, et au 15 janvier dernier le chiffre des étudiants inscrits, qui chaque année avait été, à la même date, supérieur à celui de l'année précédente, a diminué de 511. Déjà, en 1895, le total des étudiants inscrits n'avait que faiblement augmenté, à cause de la suppression de l'officiat de santé, mais c'est seulement pendant la dernière année scolaire qu'est survenue la diminution que nous signaloos. Il est vrai qu'en 1894 la différence en plus avec l'année précédente avait été considérable, parce que, d'après la loi du 30 novembre 1892 applicable un an après sa promulgation, le dernier délai pour l'inscription à l'officiat de santé expirait le 30 novembre 1893. D'ailleurs, voici à l'appui de ces faits les relevés officiels des étudiants inscrits au 15 janvier de chaque année dans les Facultés et Ecoles de médecine de 1891 à 1896 :

Années.	Inscrits.	Différence avec l'année précédente.
1891	6.212	
1892	7.069	+ 827
1893	7.589	+ 520
1894	8.897	+ 1.308
1895	8.996	+ 99
1896	8.485	— 511

Ainsi donc il y a eu, de 1891 à 1895, uoe période d'augmentation pendant laquelle le nombre des étudiants en médecine s'est accru de 2,784. Il est probable que la période de diminution, qui a commencé en 1896, durera quelque temps, par suite des exigences du nouveau régime d'études et des nouvelles dispositions concernant les étudiants étrangers.

Quoi qu'il en soit, cette diminution du nombre des aspirants au doctorat ne se fera sentir, au point de vue professionnel, que dans cinq ans; mais il n'y a pas lieu de redouter qu'à ce moment-là les médecins viennent à manquer, parce qu'il est démontré qu'actuellement il y a pléthore dans le Corps médical français, comme d'ailleurs le fait existe dans plusieurs autres pays d'Europe, en Italie et en Allemagne principalement.

(*Semaine Médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation des phtisiques.

Cette question de l'alimentation des phtisiques est intéressante au premier chef. C'est, d'ailleurs, sur ce point que se sont portés tous les systèmes de traitement antituberculeux et à ce sujet on ne saurait trop mettre en relief le rôle et la valeur thérapeutique de l'alcool. Il retarde la désassimilation; c'est un aliment d'épargne, un agent de nutrition indirecte.

Les méfaits dont on accuse, à juste raison, les alcools et eaux-de-vie, le plus souvent impurs, du commerce ne doivent pas avoir pour conséquence de priver les malades des bons effets de l'alcool pur, c'est-à-dire l'alcool éthylique, séparé des alcools que l'on a reconnu toxiques. D'ailleurs, on se donnera toute garantie en recourant à une préparation alcoolique comme l'Elixir alimentaire Ducro qui a fait ses preuves depuis longtemps et dont le cachet donne toute tranquillité sur la qualité de l'alcool qui entre dans sa composition. Préparé avec l'eau-de-vie, la viande et les écorces d'oranges amères, l'Elixir alimentaire Ducro est conforme à la médication (viande et alcool) préconisée par le professeur Fuster, de la Faculté de Montpellier, dans le traitement des maladies de poitrine. Les écorces d'oranges amères jouent ici un grand rôle d'eupeptiques et donnent un goût agréable à la préparation. C'est un tonique précieux, utile dans toutes les affections, dans toutes les cachexies.

L'huile de foie de morue dégoûte souvent les malades et est souvent mal tolérée. Il en est tout autrement de l'Elixir alimentaire Ducro qui est pris avec plaisir même par les malades ayant le plus de répugoance pour les aliments. L'Elixir Ducro se donne par cuillerée à café ou à bouche; par verre à liqueur ou à madère selon l'âge et la force du sujet. S'il paraît un peu fort on le fait prendre mélangé à du bouillon, du thé ou de la tisane. Ces doses sont laissées à l'appréciation du médecin.

(*La Clinique française.*)

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 20 AU 25 NOVEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 26 novembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Guyon, Berger et Thiéry. — 3e Oral (1re partie), 1re série) : MM. Le Dentu, Bar et Nélaton. — 3e Oral (1re partie), 2e série : MM. Panas, Maygrier et Albarran.

Vendredi 27 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Weiss et Wurtz. — 4e MM. Pouchet, Landouzy et Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (1re série) : MM. Marchand, Humbert et Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié (2e série) : MM. Ricard, Delbet et Lejars. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Hayem, Chauffard et Widal. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 28 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Chantemesse et Gley. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Gilbert et Roger. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker : MM. Le Dentu, Albarran et Partmann. — 5e (2e partie, Necker) : MM. Lahoulbène, Raymond et Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

Lundi 30 novembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Weiss. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Letulle et Widal. — 5e (1re partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 1re série : MM. Tillaux, Tuffier et Walther. — 5e (1re partie, Chirurgie, Hôtel-Dieu), 2e série : MM. Terrier, Humbert et Lejars.—5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Potain, Chauffard et Gilles de la Tourette.

Mardi 1er décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Ch. Richet et Gley. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Tarnier et Hartmann. — 3e (2e partie) : MM. Raymond, Marie et Marfan. — 5e (2e partie, Charité) : 1re série : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Charrin. — 5e (2e partie, Charité), 2e série : MM. Proust, Debove et Chantemesse.

Mercredi 2 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Terrier, Poirier et Sebileau. — 3e (Oral, 1re partie), 1re série : MM. Marchand, Bonnaire et Broca. — 3e Oral (1re partie), 2e série : MM. Peyrot, Delbet et Varnier.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 26 novembre, à 1 heure. — *M. Deslandes* : Des accidents gravido-cardiaques (MM. Tarnier, Proust, Pozzi et Netter). —*M. Hauser* : Contribution à l'étude étiologique de la fièvre typhoïde (MM. Proust, Tarnier, Pozzi et Netter). — *M. Friteau* : Les branches extrapétreuses et terminales du nerf facial (MM. Mathias Duval, Lannelongue, Qnénu et Sebileau). — *M. Laurent* : Contributinn à l'étude des applications de la nouvelle photographie par le procédé de Rœntgen à la chirurgie et à la médecine (MM. Lannelongue, Mathias Duval, Quénu et Sebileau). — *M. Martel* : Etnde des influences exercées sur le développement de l'enfant par les maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse (MM. Laboulbène, Dieulafoy, Ménétrier et Achard). — *M. Dumas* : Sérodiagnostic de Widal dans la fièvre typhoïde (MM. Dieulafoy, Laboulbène, Ménétrier et Achard). — *M. Pescheux* : Des points hystérogènes et en particulier des points hystérogènes frénateurs (MM. Debove, Joffroy, Chantemesse et Charrin). — *M. Dheur* :

De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques (MM. Joffroy, Dehove, Chantemesse et Charrin).

Mercredi 2 décembre, à 1 heure. — *M. Mouezy* : Du traitement de la luxation de la hanche en avant (MM. Tillaux, Joffroy, Lejars et Walther). — *M. Marcotte* : De l'hémicrâniotomie temporaire (MM. Tillaux, Joffroy, Lejars et Walther). — *M. Grosclaude* : Contribution à l'étude de l'opération d'Estlander-Létiévant ; l'hémorrhagie au cours de cette opération (MM. Tillaux, Joffroy, Lejars et Walther). — *M. Riche* : Du goitre exophtalmique ; interprétation nouvelle (MM. Tillaux, Joffroy, Lejars et Walther).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. le docteur Gouget est nommé, pour la présente année scolaire, chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

HOPITAUX DE PARIS

Les mutations suivantes auront lieu, à partir du 26 décembre prochain, dans le personnel des médecins :

M. Oulmont passe de l'hôpital Laënnec à la Charité ; M. Barth, de Broussais à Necker ; M. Galliard, de Tenon à Saint-Antoine ; M. Œttinger, de la Maison municipale de santé à Broussais ; M. Hirtz, de Teton à Laënnec ; M. Balzer, de Ricord à Saint-Louis ; M. Comby, de Trousseau aux Enfants-Malades ; M. Renault, de Broca à Ricord ; M. Brocq, de la Rochefoucauld à Broca ; M. Richardière, de Cochin à Trousseau ; M. Delpeuch, de Tenon à Cochin ; M. Le Gendre, de la Maison municipale de santé à Tenon ; M. Giraudeau, de Sainte-Périne à Tenon ; M. Achard, à Tenon ; MM. Thoinot et Darier, à la Maison Dubois ; M. Lebreton, à Sainte-Périne ; M. Widal, à la Rochefoucauld.

Hôpital Saint-Antoine.

Par décret, il est ouvert d'urgence au budget de l'Assistance publique un crédit en dépense de 250,000 francs pour création, à l'hôpital Saint-Antoine, d'un amphithéâtre pour les cours de la clinique médicale.

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Fernique, 10 ; Desjardins, 12 ; Stanculéanu, 13 ; Souberbielle, 9 ; Hugé, 7 ; Arnoux, 4 ; Noël Mauger, 12 ; Adrien Mauger, 13 ; Robert, 8 ; Ratynski, 6 ; Courtois, 10 ; Nicaise, 10 ; G. Levesque, 9 ; Lereboullet, 14 ; Lustgarten, 11 ; Hausser, 13 ; Lahey, 12 ; Legay, 11 ; Milhiet, 8 ; Pauly, 10 ; Gennet, 11 ; Fournier, 12 ; Rudaux, 13 ; Malartic, 13 ; Gauchery, 9 ; Cugnin, 10 ; Armand Bernard, 12 ; Monthus, 13 ; Nollet, 12 ; Pédeprade, 14 ; Dardel, 13 ; Le Meignen, 11 ; Caboche, 12 ; Léo, 9 ; Guilbaud, 12 ; Mashrenier, 13 ; Couvelaire, 13 ; Raoul Labbé, 8 ; Jules Lévy, 12 ; Schutzenberger, 7 ; Guéry, 13.

Pathologie. — MM. Sersiron, 9 ; Poirson, 13 ; Tissot, 13 ; Mignon, 9 ; Géraudel, 11 ; Castan, 9 ; Froussard, 13 ; Hanotte, 12 ; Leraitre, 10 ; Desjardins, 12 ; Stanculéanu, 12 ; Fernique, 11 ; Hugé, 10 ; Noël Mauger, 13 ; Adrien Mauger, 13 ; Robert, 10 ; Courtois, 8 ; Nicaise, 12 ; Levesque, 11 ; Lereboullet, 14 ; Lustgarten, 12 ; Hauser, 12 ; Labey, 13 ; Legay, 11 ; Milhiet, 9 ; Pauly, 10 ; Gennet, 9 ; Maréchal, 10 ; Sauvage, 12 ; Monel, 8 ; Roche, 12 ; Verdin, 10.

Concours de l'externat.

Anatomie : MM. Dommartin, 10 ; Cruet, 12 ; Courcbet, 15 ; Eugène Dufour, 8 ; Dreyfus-Rose, 15 ; Descomps, 15 ; Debrovitch, 14 ; Doazan ; 17 ; Dramard, 5 ; Coste, 14 ; Dehiez, 15 ; Mme Donzeau, 17 ; MM. Cotu, 18 ; Domond, 9 ; Dabasse, 11 ; Compain, 6 ; Cresson, 18 ; Chazet, 16 1/2 ; Coutelas, 13 ; Colin, 12 ; Lacoste, 15 ; Mage, 5 ; Mahoudeau, 8 ; Juy, 12 ; Lutier, 18 ; Henri Mathieu, 12 ; Joseph Mallet, 16 ; Legros, 10 ; Mareschal, 8 ; Lhermitte, 16 ; Legrand, 13 ; Gaston Maillard, 15 1/2 ; Georges Lévy, 8 ; Loiselet, 17 ; Le Lorier, 12 ; Emile Maillard, 7 ; Liautaud, 19, Lemierre, 18 ; Lecoconnier, 10 ; Laignel-Levastine, 15 ; Marcland, 15 1/2 ; Mantoux, 16 ; Lehasteur, 4 ; Lauvinerie, 16 ; Matsoukis, 9 ; Letainturier de la Chapelle, 9 ; Mainguy, 12 ; Lacombe, 2 ; Le Guern, 14 ; Jamard, 11 ; Jarois, 9 ; Laurens, 15 1/2 ; Jeannet, 17 ; Massard, 14 ; Jouhaud, 15 1/2 ; Jullian, 14 1/2 ; Lefiliatre, 13 ; Lahicbe, 16 ; Joseph, 12 ; Laisné, 10 ; Mary, 17 ; Lefer, 17 ; Larré, 8 ; Maubert, 18 1/2 ; Ladevèze, 16 ; Landowsky, 17 ; Lafond, 12 ; Lorenzo, 15 1/2 ; Lafforgue, 16 ; Lombard, 8 ; Verliac, 14.

Pathologie. — MM. Odinet 12 ; Onfray, 17 1/2 ; Ouvrier, 12 ; Phalip, 16 ; Maurice Pineau, 14 ; Pouliot 17 ; Moineau, 13 ; Mlle Przeciszewsky, 16 ; MM. Puillier, 16 1/2 ; Papon, 15 ; Pascaud, 16 ; Pierrhugues, 12 ; Rathery, 19 ; Redde, 4 ; Mignot, 15 1/2 ; Mesnil, 19 ; Mercadé, 17 1/2 ; Piton, 14 ; Poirier de Clisson, 14 1/2 ; Potiez, 14 ; Podevin, 14 1/2 ; Morisseau, 17 1/2 ; René Roger, 19 ; Ripart, 17 1/2 ; Max Ménard, 17 ; Menusier, 17 1/2 ; Perrier, 14 ; Plantard, 17 1/2 ; Nigay, 16 ; Popbillat, 16 ; Picard, 15 ; Philippe, 18 1/2 ; Pichardie, 9 ; Pied, 17 ; Pellagot, 18 ; Pelliza, 13 ; Jean Perin, 13 ; Neviajski, 19 ; Nicolas, 12 ; Mendelssohn, 16 ; François Michel, 15 1/2 ; Monjauze, 13 ; Rigollot-Simonnot, 19 1/2 ; Ribadeau-Dumas, 17 ; Rigal ; 11 ; Quentin, 12 ; Petitjean, 14 ; Phelipon, 17 ; Nau, 19 ; Narbonne, 16 ; Pigot, 18 ; Philibert, 17 1/2 ; Morisetti, 16 ; Maurice Petit, 17 1/2 ; Perraut, 14 ; Morand, 20 ; Grosse, 16 1/2 ; Gardner, 15 1/2 ; Ferry, 17 1/2 ; Eonnet, 12 ; Fassina, 15 1/2 ; Guénard, 19 ; Guihal, 19 ; Figueira, 13 ; Mlle Entz, 13 ; MM. Fildermann, 14 ; Aboulker, 15 ; Hervoit, 14 ; Horteloup, 17 1/2 ; Iribarne, 16 1/2 ; Henry Gaillard, 15 ; Goulard, 15 1/2 ; Henri Guichard, 13 ; Fouqué, 18 1/2 ; François-Dainville, 19 1/2 ; Fatout, 17 ; Faure-Beaulieu, 16 ; Goyard, 12 ; Louis Guillot, 18 1/2 ; Paul Guyot, 12 ; Israëls, 15 ; Guillemin, 12 ; Louis Guillaume, 13 ; Gerst, 14 ; Gillet, 15 ; Froment, 17 ; Ferras, 14 1/2 ; Follet, 18 ; Gaucher, 18 ; Albert Garrigues, 14 ; Guedj-Rabmim, 14 ; Armand Gillot, 16 1/2 ; Isidore Gillot, 13 ; Glatard, 14 ; Grillot, 15 ; Grelault, 16.

VARIA

Dans sa séance de lundi dernier le Sénat a pris en considération une proposition de loi tendant à décider que toute création de Facultés nouvelles dans les Universités de l'Etat ne pourra avoir lieu qu'en vertu d'une loi.

Chemin de fer d'Orléans.

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE FAMILLE POUR LES STATIONS THERMALES ET HIVERNALES DES PYRÉNÉES ET DU GOLFE DE GASCOGNE

Des billets d'aller et retour de famille, de 1re, de 2e et 3e classes sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par les voyageurs, pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Bearn, etc.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve de cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 300 kilomètres.

Pour une famille de	2	personnes	....	20 0/0
—	3	—	....	25 0/0
—	4	—	....	30 0/0
—	5	—	....	35 0/0
—	6	—	et plus.........	40 0/0

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité de ces billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de 30 jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet de famille.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**

Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

AVIS. — Une assemblée extraordinaire des actionnaires de la Gazette Médicale *se tiendra au siège social, 6, rue de Monceau, le jeudi 17 décembre, à 5 h. 1/2.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

III. — Disposition de la vaginale.

A. — Topographie du testicule et de son appareil vasculaire

Pour comprendre la disposition de la tunique vaginale, il faut bien connaître la topographie du testicule, de son canal excréteur et de son appareil vasculaire.

Les deux testicules sont situés dans les bourses, au fond du sac scrotal qui s'élargit pour les recevoir, et à travers les parois duquel leurs contours se dessinent.

Le testicule a la forme d'un ovoïde, mais cet ovoïde n'est pas couché d'une façon indifférente dans la partie déclive de la poche qui le contient: il y est maintenu par ses vaisseaux et son canal excréteur; les uns et les autres le suspendent au-devant du ventre et, tout en le laissant jouir d'une grande mobilité, assurent la fixité de son orientation. Le testicule est en partie redressé par cet appareil qui le soutient et à l'extrémité duquel il se met en équilibre, si bien qu'au lieu de tomber tout à fait horizontal ou tout à fait vertical au fond des bourses, il s'y dirige obliquement de haut en bas et d'avant en arrière.

Le testicule a la forme d'un ovoïde sur lequel on aurait exercé une double pression latérale, perpendiculaire à son grand axe, de façon à l'aplatir un peu de dehors et en dedans et à lui donner deux faces et deux bords, ses deux pôles, la tête et la queue, ne subissant aucune modification appréciable.

Par leur face interne, les deux testicules se regardent; par leur face externe, ils regardent chacun la cuisse qui les protège. Comme ils sont obliques, leur pôle antérieur se redresse et pointe en haut, leur pôle postérieur s'affaisse et tombe en bas; leur bord antérieur est tourné en bas vers les pieds, leur bord postérieur en haut, vers le ventre.

L'épididyme, premier segment du canal excréteur, repose sur le testicule, un peu comme est appliqué le cimier sur le casque; il est couché sur le versant externe de la glande, le long de son bord supérieur. Cet épididyme a une tête collée contre le pôle antérieur du testicule, une queue plaquée sur le pôle postérieur, et une portion intermédiaire appelée corps, ordinairement libre de toute adhérence avec la glande.

Dans le sens antéro-postérieur, l'épididyme est fixe par rapport au testicule: dans le sens transversal il est, au contraire, mobile sur lui: telle, une calotte attachée au front et à l'occiput peut glisser sur la tête d'une oreille à l'autre: mais les limites de ce déplacement transversal de l'épididyme, qui, du reste, n'intéresse guère que la portion intermédiaire, sont inégales pour les deux côtés: on peut, dans une certaine mesure, faire descendre l'épididyme sur la face externe du testicule, mais on lui en fait difficilement franchir le bord supérieur: il est donc assez mobile en dehors et peu mobile en dedans. Tous ces détails trouvent leur application dans l'étude anatomo-clinique des hydrocèles et des kystes péritesticulaires.

Une coupe perpendiculaire au grand axe de l'épididyme montre qu'il est aplati dans la plus grande partie de son étendue; sa face interne regarde le testicule, sa face externe la cuisse. Le bord interne est un peu épais, formant presque une vraie face quelquefois: le bord externe est aigu, mince et s'effile en quelque sorte sur la face externe du testicule.

L'épididyme naît donc sur le pôle antérieur du testicule et se porte en arrière et en bas vers le pôle postérieur; il adhère à l'un et à l'autre. Puis, il se redresse brusquement, à angle fermé, et revient sur ses pas, comme pour refaire

en sens inverse le trajet déjà parcouru ; mais, au point où il rebrousse chemin, il perd son nom et désormais s'appelle canal déférent.

Ainsi donc, le canal déférent, né de la queue de l'épididyme, se dirige en avant et en haut, d'abord large et flexueux, côtoyant le bord interne de cet épididyme auquel il adhère solidement. Il aborde ainsi le faisceau vasculaire du testicule et alors, après un trajet de trois centimètres, se redresse, plus étroit, pour monter, au milieu des veines dont il est comme le tuteur, vers l'orifice extérieur du canal inguinal. Le canal déférent forme l'axe du cordon spermatique ; il est le satellite autour duquel on voit une artère descendre vers le testicule et des veines monter vers le ventre.

Voici comment est constitué ce pédicule testiculaire :

Au milieu chemine l'élément noble, le canal déférent, longé par une petite artère qui lui donne de nombreux et grêles rameaux, la déférentielle. Autour de lui se rangent les organes de nutrition du testicule. l'artère spermatique et les veines spermatiques. En avant, c'est un fouillis de veines nombreuses, petites, richement anastomosées. pelotonnées en un gros paquet sur le flanc postérieur duquel serpente l'artère spermatique, assez volumineuse ; même, cette artère est quelquefois emprisonnée par les branches d'arrière du plexus. Celles-ci sont formées de veines plus volumineuses, plus rares, peu anastomosées ; c'est même, sur quelques sujets, une seule grosse veine, le long de laquelle une artériole de petit calibre descend, l'artère du cordon, qui éparpille tout autour des vaisseaux ses rameaux ténus et nombreux, rameaux dont l'injection dessine des courbes élégantes au milieu du tissu cellulaire qui réunit les éléments de cet appareil vasculo-excréteur.

Les vaisseaux du testicule m'ont paru différer un peu chez l'homme de ceux que j'ai étudiés avec Arrou chez le cheval, le taureau, le bélier ; mais, chez les uns et les autres, la topographie vasculaire répond au même dispositif. Les veines antérieures, qui débouchent de la proue du testicule, correspondent à ce que nous avons appelé chez ces animaux le lacis préfuniculaire ; les veines postérieures, celles qui émergent de la poupe, représentent ce que nous avons nommé la veine droite rétrofuniculaire.

Tous les vaisseaux qui desservent le testicule l'abordent par son bord postérieur, en dedans de l'épididyme ; les veines antérieures pénètrent dans le pôle antérieur en dedans et un peu en arrière de la tête de l'épididyme ; l'artère s'enfonce dans le « dos » du testicule en dedans du corps de l'épididyme : les veines postérieures plongent dans le pôle postérieur en dedans de la queue de l'épididyme.

Et maintenant, nous sommes en mesure d'étudier sous quel aspect se présente le testicule regardé par ses différentes faces. Quand on regarde le testicule par sa face externe, l'épididyme apparaît dans toute sa longueur, coiffant le bord supérieur de la glande, cachant l'entrée des vaisseaux et masquant l'origine du canal déférent. Quand on regarde le testicule par sa face interne, on ne voit plus de l'épididyme que la tête ; seule, elle émerge en avant du plexus veineux : le corps en est caché par le paquet vasculaire, la queue par le canal déférent. Enfin, sur une coupe transversale qui rase le bord postérieur du testicule et fauche les organes qui le pénètrent, on voit l'épididyme en dehors, et, en dedans, le pédicule vasculaire, dans lequel on reconnaît les veines préfuniculaires en avant, l'artère spermatique et le canal déférent au milieu, les veines rétrofuniculaire en arrière.

Au résumé, les vaisseaux qui irriguent le testicule l'atteignent par son bord postérieur, véritable hile de l'organe, et le pénètrent en s'engageant entre l'épididyme et lui. C'est bien là l'image de la disposition du testicule fœtal, alors qu'il est encore enfermé dans la cavité abdominale.

B. — Généralités sur la vaginale

La tunique vaginale, dans son ensemble, développe ses feuillets autour du testicule comme toutes les séreuses développent les leurs autour de l'organe qu'elles recouvrent.

Elle a deux feuillets : l'un est dit viscéral et tapisse le testicule ; l'autre est dit pariétal et tapisse la face profonde des bourses.

La trame vaginale est ininterrompue ; cela veut dire que le feuillet pariétal se continue sur tout son parcours avec le feuillet viscéral : ainsi naît, entre eux deux, une cavité close, la cavité vaginale.

On dit quelquefois que le testicule est situé dans la cavité vaginale ; c'est là une expression vicieuse. Le testicule n'est pas plus dans la cavité vaginale que la tête n'est dans le bonnet de nuit invaginé dont on la coiffe. La cavité vaginale s'étend autour du testicule, mais ne le contient pas ; celui-ci est ainsi plongé dans une sorte de sac clos au milieu duquel il s'est emprisonné, mais dont il n'a pas ouvert les parois.

Il n'existe pas, au reste, d'organe qui soit, au sens vrai du mot, intrapéritonéal ; proprement, il n'y a d'organe intra-séreux d'aucune sorte ; tous les viscères du ventre, sans exception, sont sous-péritonéaux : tous les organes des cavités splanchniques sont sous-séreux ; mais il en est autour desquels la trame endothéliale s'enroule si complètement, avant de se réfléchir sur les parois, qu'ils sont comme enveloppés par une cavité séreuse qui ne les contient pas, mais au milieu de laquelle ils flottent ; ils ballottent dans le liquide de cette cavité, mais ne sont pas mouillés par lui. En fait, le rein, l'utérus et l'intestin grêle sont également situés en dehors du péritoine ; mais comme le péritoine les enveloppe à des degrés divers. on dit du premier qu'il est extra-péritonéal, du second qu'il est intra-péritonéal par le corps et extra-péritonéal par le col, du troisième qu'il est complètement intra-péritonéal. Le testicule est presque totalement intra-vaginal.

Les vaisseaux commandent toujours la disposition des séreuses. La vaginale se replie sur elle-même là où les vaisseaux l'arrêtent ; dans le ventre, c'est sous la poussée des vaisseaux que se constituent les principaux replis, les principaux ligaments et les principales fossettes du péritoine ; sur la vaginale il n'en est pas autrement. En voici la preuve.

L'artère et les veines spermatiques abordent le testicule par son bord supérieur : aussi n'y a-t-il pas de revêtement séreux sur ce point : en effet, le feuillet viscéral, parti du bord inférieur de la glande, marche, sur chacun des flancs du testicule, de la quille vers le pont, arrive sur le bord supérieur, rencontre le faisceau dissocié des vaisseaux,

s'écarte pour les laisser pénétrer, se replie devant eux, et là, sur la face interne comme sur la face externe, se réfléchit vers les bourses pour devenir feuillet pariétal (*fig. 4*).

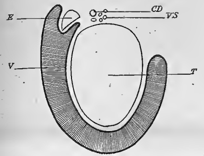


Fig. 4.
E : Epididyme. — C D : Canal déférent. — V S : Vaisseaux spermatiques. — V : Vaginale. — T : Testicule.

En bas, quelques veines partent de la poupe du testicule et, le long du ligament crémastérien, se portent vers les bourses dont la circulation communique, par ces canaux anastomotiques, avec celle du testicule : là. encore, le feuillet viscéral de la vaginale, au moment où il va contourner cette extrémité postérieure de la glande pour passer de sa face droite à sa face gauche, trouve le chemin barré par des vaisseaux : arrêté par eux, il se replie alors vers le feuillet pariétal et vernisse de son endothélium les deux faces du ligament crémastérien (*fig. 5*).

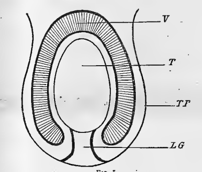


Fig. 5.
T F : Tunique fibreuse. — L G : Ligament crémastérien.

Ceci dit sur la disposition générale de la vaginale, il va être facile, maintenant, de la suivre dans les étapes de son parcours ; j'étudierai ensuite avec détail les particularités qu'elle présente dans les différentes régions qu'elle traverse.

C. — Trajet de la vaginale

Je vais montrer le trajet de la vaginale en utilisant successivement des coupes horizontales et des coupes verticales du testicule : ces dernières seront faites tour à tour dans le sens transversal (coupes frontales) et dans le sens antéro-postérieur (coupes sagittales).

Quand j'emploie ces termes. je suppose le grand axe du testicule orienté suivant la verticale ; l'ovoïde reposerait par une de ses extrémités sur la table d'examen.

1. — Trajet de la vaginale étudié sur des coupes horizontales.

Les coupes horizontales doivent être pratiquées à une hauteur variable et intéresser, par conséquent, des régions différentes ; elles doivent porter successivement : 1° sur la partie inférieure du cordon, au-dessus de la glande : 2° sur la tête du testicule et de l'épididyme ; 3° sur leur corps ; 4° sur leur queue ; 5° sur le ligament crémastérien, au dessous de la glande.

A) *Coupe horizontale divisant le cordon au-dessus de la tête de l'épididyme.*

Cette coupe donne sur la disposition de la vaginale autour du cordon des indications qui varient d'un sujet à l'autre. Les différentes variétés qu'on observe peuvent être rangées en quatre catégories.

Premier type. — Chez quelques sujets la coupe n'intéresse pas la vaginale : ce sont ceux chez lesquels celle-ci ne déborde pas la tête de l'épididyme.

Deuxième type. — Chez d'autres, la vaginale remonte à une certaine hauteur le long du cordon, mais elle en tapisse seulement la face antérieure et se réfléchit latéralement sur le bord droit et sur le bord gauche de ce cordon qui est alors tout entier périvaginal et situé en arrière de la cavité séreuse (*fig. 6*).

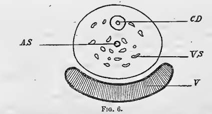


Fig. 6.
A S : Artère spermatique. — CD : Canal déférent. — VS_1 : Vaisseaux spermatiques. — V : Vaginale.

Troisième type. — On peut voir, au contraire, la vaginale, après avoir tapissé la face antérieure du cordon, se porter d'avant en arrière sur la face externe de ce cordon et revenir sur ses pas après avoir plongé plus ou moins vers la profondeur (*fig. 7*).

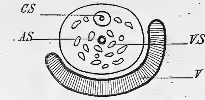


Fig. 7.

Quatrième type. — Enfin, il n'est pas rare de voir la séreuse se glisser non seulement sur la face externe, mais aussi sur la face interne du cordon et quelquefois se réfléchir, de chaque côté, si près de la face postérieure, que le

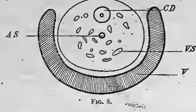


Fig. 8.

cordon est alors, au contraire de ce que je décrivais tout à l'heure, presque entièrement inclus dans la cavité séreuse (*fig. 8*). Dans tous les cas, d'ailleurs, la vaginale se prolonge beaucoup plus loin en arrière sur la face externe que sur la face interne.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Des suppurations à distance dans l'appendicite.

(Travail du service de M. Tuffier)

Par Emile Piard, ancien externe des hôpitaux.

(Suite.)

§ II. — Abcès lointains

Tout autre est l'infection généralisée qui va créer les abcès lointains; sans insister sur les conditions biologiques qui contribuent à la déterminer, il suffit de marquer qu'elle diffère de la précédente par une tendance primitive à la diffusion, dont le contraste avec la tendance à l'évolution locale des abcès de la catégorie précédente s'impose.

Ici le processus anatomique paraît peu de chose et en réalité se réduit souvent à une lésion appendiculaire minime : le transport à distance des germes tient le premier plan, non seulement dans le tableau clinique, mais surtout dans la réalité anatomique plus tangible et plus appréciable.

A ce transport à distance deux voies sont toujours ouvertes, la voie veineuse et la voie lymphatique. L'agent pathologique s'engage dans ces voies et y avance rapidement sans s'égarer dans les détours anastomotiques locaux : d'emblée s'affirme la tendance à la généralisation de l'infection, dont les modalités vont dépendre uniquement des étapes nécessaires qu'imposent au microbe pathogène les dispositions anatomiques normales : dans toutes ces étapes nous pourrons le suivre par les traces qu'il laisse de son passage ou par son arrêt définitif en certains points.

L'infection à distance par les veines est un fait banal dans la pathologie intestinale : les radicules de la veine-porte nées de l'appendice sont prêts pour le transport à distance des germes que la capillarisation des rameaux portes intra-hépatiques va répandre dans le foie dans la zone de leur distribution, c'est-à-dire dans l'étendue de noyaux parenchymateux bien déterminés, dans un groupe de lobules, dans un lobe. De ces faits, la preuve n'est pas à établir ; nous nous contenterons de rappeler les exemples de pyléphlébites que nous avons signalés au chapitre concernant les abcès du foie et qui démontrent jusqu'à l'évidence le chemin qu'a suivi l'agent pathogène.

Très souvent, mais non toujours, le foie oppose une barrière infranchissable à l'infection partie de l'intestin : celle-ci s'y localise et s'y développe sans le dépasser. Pourtant dans certaines circonstances l'obstacle hépatique est forcé, soit après avoir cédé lui-même à l'effort du microbe pathogène après une réaction vaine qui se produit par le processus phlegmoneux dont il devient le siège, soit sans avoir opposé de résistance apparente ni gardé de trace de l'infection qui le traverse.

Versé par les veines sus-hépatiques dans la veine-cave inférieure et le cœur droit, l'agent microbien ne rencontrera plus alors que le poumon qui puisse opposer une barrière efficace et souvent fragile à son envahissement de la circulation artérielle et par elle de toute l'économie.

La barrière hépatique franchie, nous pouvons donc assister à des suppurations pulmonaires qui sont rarement le dernier terme de la septicémie et ne demeurent le plus souvent que comme témoignage du passage du germe infectieux. Celui-ci, rapidement diffusé à partir de ce point par le torrent de la circulation aortique, amène rapidement des lésions suppuratives variées de divers organes du cerveau, de la parotide, dont le développement semble contemporain de celui des lésions pulmonaires.

Le malade est alors la proie d'une septicémie générale qui ressemble à toutes les septicémies, de quelque origine qu'elles soient, et ne porte plus dans les lésions qu'elle crée le cachet de la lésion dont elle dérive.

L'infection à distance par les lymphatiques est un fait plus rare et qui mérite de nous arrêter. Son existence n'est pas douteuse pourtant : les observations suivantes où la lymphangite partie de l'appendice a été constatée nous permettent de l'affirmer.

Observation de Sonnenfeld. (Th. de Berthelin, Paris, 1895.) — Dans un cas d'appendicite on trouve, à l'autopsie, un foyer purulent situé à la partie inférieure de l'iléon à l'insertion du mésentère, entre ses deux feuillets, et qui paraissait d'origine lymphangitique.

Observation de Rendu. — Dans un cas d'appendicite on trouve, à l'autopsie, les ganglions mésentériques de la région iléocæcale, énormes et enflammés, plusieurs atteignaient les dimensions d'un petit œuf.

Le fait de la diffusion des agents infectieux de l'appendicite par les lymphatiques étant établi, il nous faut fixer maintenant quelles voies peuvent suivre ces agents et quelles lésions ils sont susceptibles de créer.

Par les chylifères ils parviennent à la citerne de Pecquet, remontent le canal thoracique et sont déversés dans la circulation veineuse, puis dans le cœur droit, où ils peuvent suivre alors les mêmes voies que ceux qui parviennent au même but par la circulation porte, et créer les mêmes lésions de septicémie généralisée : peut-être même la barrière hépatique opposant une résistance plus puissante

que nous le supposons aux microbes charriés par la veine-porte, toutes les septicémies généralisées d'origine appendiculaire seraient-elles le fait d'un transport par voie lymphatique ? Sur ce point, nous ne pouvons que poser une question sans la résoudre.

En dehors de la grande voie précédente ces infections appendiculaires peuvent-elles suivre d'autres voies lymphatiques et aboutir à d'autres lésions ? La réponse nous semble devoir être affirmative, mais nous oblige à quelques développements.

On a noté, en effet, des lymphangites en rapport avec des cas de pleurésie purulente, avec des cas de pyothorax sous-phréniques survenues dans le cours de l'appendicite, et ces lymphangites étaient surtout accusées au niveau du centre phrénique. Comment pouvons-nous expliquer ces lymphangites ? Ce n'est certes pas par une sorte de reflux à contre-courant dans les lymphatiques émanés du centre phrénique, du germe pathogène parvenu dans la citerne de Pecquet par les chylifères ; ce serait une explication antiphysiologique et inadmissible.

Au contraire, le transport à distance jusqu'au diaphragme de l'agent infectieux par l'intermédiaire de lymphatiques pariétaux nous paraît très probable.

Le centre phrénique est en effet comme un lieu de rendez-vous des lymphatiques pariétaux des deux séreuses qui l'enveloppent : plèvre et péritoine ; — les riches anastomoses qui existent à son niveau entre les réseaux lymphatiques de ces deux séreuses expliquent, en outre, leur participation possible, isolément ou simultanément, à une infection transportée à ce niveau. En présence de la simple netteté de cette hypothèse, une longue discussion nous paraît donc inutile et nous concluons que c'est par l'intermédiaire des lymphatiques du feuillet pariétal du péritoine que naissent, et la lymphangite observée au niveau du diaphragme, et la pleurésie purulente, et le pyothorax sous-pleural à distance.

Seulement pour que cette lymphangite du feuillet pariétal du péritoine se produise, il faut de toute nécessité que la lésion appendiculaire ait pu infecter les lymphatiques pariétaux, c'est-à-dire que les connexions se soient établies entre les lymphatiques de l'appendice et ces derniers. Or, un seul processus peut permettre cette infection, c'est la formation de néomembranes et par leur intermédiaire de néoanastomoses lymphatiques. L'infection à distance ne peut donc se produire dans ce cas que par l'intermédiaire de la lésion locale et non par les voies normales, et cette dernière forme sert pour ainsi dire de lien entre les deux classes d'abcès proches et d'abcès lointains, nous rappelant des déductions purement théoriques à la réalité qui est l'unité fondamentale des agents, des voies et des procédés de l'infection, que notre conception étroite nous oblige à fragmenter avant d'en saisir en fin de compte la synthèse.

Si nous maintenons donc la distinction que nous avons faite au début de ce chapitre entre les abcès proches et les abcès lointains de l'appendicite, pour les raisons que nous avons exposées, nous reconnaissons que, vraie et juste dans les grandes lignes, elle n'a rien d'absolu, et que ces deux catégories d'abcès se confondent par un de leurs pôles.

Cela est si vrai qu'à côté d'un abcès de la paroi, analogue à ceux que nous avons étudiés, nous trouvons dans l'observation de Tuffier des signes indubitables d'infection généralisée avec endocardite et nous croyons avoir établi comment la septicémie locale peut être le premier échelon d'une septicémie plus généralisée dans la pleurésie purulente d'origine appendiculaire : cette pleurésie constituerait à nos yeux une forme intermédiaire entre nos deux catégories d'abcès proches et d'abcès lointains, une septicémie diffuse qui les rapproche et les relie.

Comment donc expliquer que, dans l'appendicite, parfois l'une, parfois l'autre de ces formes prédomine, que tantôt on observe une septicémie localisée, tantôt une septicémie générale ? C'est le point qui nous reste à élucider.

Pour nous rendre compte de ce fait, nous pensons que dans l'appendicite, comme dans toute infection, il faut considérer deux termes :

1° Le processus de la lésion locale appendiculaire ;

2° La force de réaction et de défense de l'organisme atteint.

Le processus de la lésion appendiculaire tient une grande place dans toute l'histoire de l'appendicite ; suivant qu'il est rapide ou lent, perforant ou purement inflammatoire, les lésions périappendiculaires sont plus ou moins étendues d'emblée, l'infection envahit le péritoine en entier et crée une péritonite circonscrite ; c'est là un fait classique sur lequel la discussion est désormais close.

En ce qui concerne les infections à distance, la marche plus ou moins rapide des phénomènes appendiculaires ne nous apparaît pas moins importante ; elle semble régler en partie l'histoire de ces infections.

Dans la forme perforante suraiguë, toute l'étendue de la cavité péritonéale est contaminée d'emblée et l'on observe soit la péritonite générale, soit la péritonite enkystée à foyers multiples, suivant que la réaction de la séreuse qui traduit la résistance de l'organisme s'efface ou se manifeste.

Dans la forme aiguë, l'abcès local domine, mais la séreuse a pu s'infecter à distance en certains points avant la constitution de la coque néo-membraneuse qui limite la suppuration périappendiculaire ou par une faille de cette coque : cette infection moins massive et moins générale crée l'abcès péritonéal à distance à apparition tardive.

Dans la forme subaiguë ou chronique, l'abcès local existe seul, son enkystement a précédé l'apparition du pus et porte obstacle à la contamination diffuse de la séreuse et c'est alors surtout qu'en présence d'un foyer anatomiquement circonscrit, la force de réaction et de défense de l'organisme tiendra le plus grand rôle.

De cette force va dépendre la protection ou l'envahissement de l'économie.

Si elle est grande, le processus inflammatoire restera localisé ; si elle est moyenne, la diffusion des germes se limitera au pourtour de la lésion primitive et on aura affaire à des abcès proches témoignant d'une septicémie circonscrite ; si elle est très faible ou nulle, la septicémie tendra d'emblée à se généraliser.

Les deux facteurs précédents, nature de la lésion, résistance de l'organisme, ne nous paraissent que deux éléments d'une équation à trois termes, où persiste malheu-

reusement une inconnue, nous voulons parler de la nature du germe infectieux et de sa virulence : la nature des microbes pathogènes, si elle est trop rarement fixée dans nos observations, est du moins présumable d'après ce que nous savons des infections intestinales et herniaires, et grâce aux expériences de de Klecki : c'est le colibacille associé presque toujours au streptocoque qui paraît être en cause, mais c'est là une notion presque vaine dans l'appréciation de son rôle pathogène en l'absence de renseignements sur sa virulence dont les échelles sont si variées. Il nous paraît donc impossible de fixer jusqu'à quel point il faut tenir compte, dans les suppurations à distance de l'appendicite, de l'élément microbien. Nous pouvons supposer qu'à lui incombe une grande part dans la précocité ou la lenteur de la diffusion de l'infection et par analogie, avec d'autres infections mieux étudiées ; nous devons simplement en affirmer l'importance sans nous efforcer de l'évaluer avec des documents insuffisants.

Comme conclusion de ce chapitre, nous nous bornerons à dire que l'appendice enflammé devient plus souvent qu'on ne le pensait, grâce aux circonstances locales, biologiques et microbiennes que nous venons d'esquisser, l'origine d'une septicémie locale ou générale et que les suppurations et les infections à distance de l'appendicite constituent un chapitre assez nettement délimité, à ajouter à la classe des auto-infections d'origine interne.

(*A suivre.*) (*Archives générales de Médecine.*)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

Pemphigus chronique des muqueuses.

Arthur Thost (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*) cite deux cas de pemphigus à forme et à localisation spéciales. Le premier malade avait des épistaxis, des accès d'éternuements, des sensations de picotement pendant la déglutition. La muqueuse du pharynx et du larynx était couverte de taches blanches, irrégulières, de dimensions variant entre celle d'une lentille à celle d'une pièce de vingt sous. La couche épithéliale desséchée ressemblait à une croûte entourée d'un liseré rouge. Sous cette couche, l'on voyait une couche papillaire rouge et facilement saignante. Toutes ces lésions duraient peu ; mais, au fur et à mesure qu'elles disparaissaient, d'autres taches semblables se montraient. Peu à peu, le voile du palais fut atteint, sans, toutefois, que les lésions se propageassent à la muqueuse des joues, des lèvres et de la langue. Ces taches étaient dues à des vésicules évoluant fort rapidement, au point qu'il était fort difficile de trouver une vésicule intacte et remplie de sérosité. L'anosmie était presque absolue ; l'ouïe était diminuée des deux côtés. L'état général, enfin, était médiocre ; le malade avait un aspect fort voisin de la cachexie. Mais il n'existait aucune lésion cutanée.

Dans le second cas, il s'agissait d'un individu, âgé de 26 ans, chétif, peu développé. Il se plaignait, depuis longtemps, de formation de croûtes dans le nez, d'épistaxis, de douleurs et de picotements dans la gorge. Outre des lésions ressemblant à celles du malade précédent, il présentait sur la paroi postérieure du pharynx un îlot allongé de muqueuse malade, dont l'épithélium se détachait en lambeaux et se desséchait. On notait aussi de l'anosmie et la diminution bilatérale de l'ouïe. Rien du côté des téguments externes.

Ces deux cas, dont l'auteur n'a retrouvé que huit autres dans la littérature, forment une variété particulière de pemphigus chronique des muqueuses, remontant, d'après Thost, à une origine trophique, bien plutôt qu'à une origine parasitaire.

Les caractères de cette variété sont surtout la limitation des lésions aux muqueuses avec intégrité de la peau, la participation habituelle de la conjonctive qui se rétracte, la tendance à la formation d'adhérences et aux rétractions, l'évolution chronique et apyrétique, l'insensibilité absolue à tous les médicaments, même l'iode et le mercure, la cachexie concomitante avec mauvaise nutrition de la peau et des muscles.

De la perméabilité de la paroi intestinale vis-à-vis des bactéries.

M. Neisser a étudié le rôle protecteur que pouvait présenter la muqueuse intestinale contre les microorganismes et son degré de perméabilité vis-à-vis des bactéries. Cette étude est remplie d'intérêt à une époque où l'on pense que l'intestin est la voie d'entrée de certaines maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde et la tuberculose, celle-ci pouvant même se généraliser d'emblée par le canal thoracique.

M. Neisser a donc examiné la lymphe du canal thoracique d'animaux sacrifiés et autopsiés avec toutes les rigueurs de l'asepsie. Il n'a pas trouvé de microorganismes dans ce chyle. La lymphe serait donc un milieu stérile parce qu'aucun microorganisme ne pénètre jusqu'à elle. On pouvait penser que les ganglions avaient retenu les microorganismes. Il n'en était rien, puisque ces ganglions ne contenaient pas davantage de microorganismes et que des parcelles de ces ganglions ensemencées ne donnaient lieu à aucune colonie suspecte.

Dans les conditions normales donc, aucun microorganisme ne pénètre de l'intestin dans le sang ou la lymphe.

M. Neisser a aussi étudié la façon dont se comportaient, vis-à-vis de la paroi intestinale, les agents non plus saprophytes mais pathogènes lorsque la muqueuse intestinale avait été lésée par des toxiques divers. Ici, les ganglions mésentériques furent encore trouvés stériles.

On ne doit pas conclure de là que l'intestin ne constitue pas une porte d'entrée pour les infections microbiennes. Kæusche a démontré qu'il y avait certainement des infections dont le point de départ était intestinal et qui se généralisaient à tout l'organisme. Les expériences de M. Neisser semblent néanmoins démontrer que les bactéries pathogènes peuvent séjourner dans l'intestin pendant bien longtemps avant de donner lieu à des symptômes d'infection et que, d'autre part, les lésions intestinales ne sont pas toujours suffisantes pour laisser passer les bactéries saprophytes ou pathogènes. L'intestin serait donc une barrière importante vis-à-vis des infections.

ITALIE

Un cas d'opération césarienne pour ostéomalacie.

M. Chiarleoni (*Riforma Medica*, n°s 143 et 144) rapporte l'observation d'une femme de trente ans, dont les deux premières grossesses avaient été normales. Depuis lors, elle fut atteinte d'ostéomalacie se traduisant comme symptômes physiques par de violentes douleurs dans les jambes et au bassin, empêchant tout mouvement, et comme signes fonctionnels par les déformations squelettiques habituelles dans cette affection. Cette femme fut enceinte une troisième fois, et c'est dans ces conditions qu'elle entra à l'hôpital.

Peu après, la poche des eaux se rompit, l'utérus commença à se contracter toutes les deux ou trois minutes. La malade à ce moment avait les traits altérés, le pouls mou et rapide, avec forte dyspnée. On fit donc l'intervention immédiate, et après incision de la paroi abdominale suivie de celle de l'utérus, fut enlevé le fœtus et furent constatés les deux faits suivants :

Le segment inférieur de l'utérus, les ligaments larges et le tissu conjonctif entourant la vessie étaient le siège d'un fort œdème. Cet œdème allait jusqu'à empêcher la détermination nette des limites du segment inférieur. Le milieu de la face postérieure du segment inférieur laissait voir une déchirure verticale, longue de huit centimètres, intéressant même la paroi du cul-de-sac vaginal postérieur. Grâce à cette ouverture, il s'était fait un épanchement de méconium dans la cavité abdominale. Du reste, pas trace d'hémorrhagie. L'utérus fut tiré en haut, une ligature élastique fut appliquée et l'organe enlevé. La malade guérit parfaitement et quitta le lit après treize jours.

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

De l'hystérectomie totale par voie abdominale.

M. Terrier (de Paris) a fait avec succès plusieurs hystérectomies abdominales totales, en modifiant quelque peu le procédé de Delagenière. Tantôt il fait l'hystérectomie totale, d'autres fois l'hystérectomie supra-vaginale.

Dans le premier cas, à l'aide de fortes pinces, il attire le fibrôme, fait la castration immédiate après avoir placé des ligatures sur les annexes. Ensuite il taille sur l'utérus un lambeau péritonéal antérieur et un autre postérieur. Ces lambeaux sont disséqués jusque vers les attaches vaginales. Cela fait, il place des pinces sur l'artère utérine et sectionne l'utérus au-dessus du col. Puis après ouverture des culs-de-sac vaginaux et enlèvement du col, il referme par trois points de suture et réunit les lambeaux péritonéaux.

L'hystérectomie supra-vaginale s'opère de la même manière, mais sans enlèvement du col.

M. Routier (de Paris) dit avoir trouvé une méthode plus facile d'hystérectomie totale, et la décrit ainsi :

Si l'ouverture des deux culs-de-sac vaginaux n'est pas possible, on coupe les insertions du vagin au col utérin.

Après avoir mis le malade en position de Trendelenburg, on pratique une laparotomie suffisamment grande pour extraire le fibrôme de la cavité abdominale, puis on fait une ligature à la soie des pédicules utéro-ovariens, et on les sectionne.

On pratique une incision médiane longitudinale sur la face antérieure du fibrôme, depuis la ligne d'insertion vésicale, dans le cas où, par la forme de la tumeur, le petit bassin serait inaccessible. S'il est accessible et si les deux culs-de-sac sont ouverts, il faut passer un caoutchouc autour du restant du ligament large droit, serrer et couper. La tumeur ne tient plus alors que par le ligament large gauche, auquel on fait une ligature élastique, puis on recoud la paroi après avoir fait sortir par le vagin les bouts de caoutchouc.

Ce même procédé peut s'employer pour des fibrômes compliqués de salpingites suppurées, même graves. L'utérus s'enlève alors, s'il saigne trop, et un drainage parfait est assuré dans cette manière d'opérer.

M. Pozzi (de Paris) fait remarquer que le procédé décrit par M. Terrier a l'inconvénient de ne pas assez mettre en garde contre l'hémorrhagie et la blessure des uretères, qui sont les grands dangers de l'hystérectomie abdominale totale. Il lui préfère l'attaque de l'utérus de bas en haut après ouverture du cul-de-sac postérieur et prébension du col par l'abdomen. On peut alors séparer le col de la vessie en détachant les tissus de bas en haut. L'utérus ne tient plus à ce moment que par les ligaments larges qu'on saisit avec de longues pinces pour les sectionner aussi près que possible de l'organe. L'opération se fait alors rapidement et sans hémorrhagie.

Dans les cas de gros fibrômes, M. Pozzi a obtenu d'heureux résultats avec le nouveau procédé de M. Doyen. Il fait observer qu'il est utile d'énucléer rapidement par une incision sagittale les gros fibrômes encombrant le petit bassin. Il sera aisé alors d'inciser le cul-de-sac postérieur pour saisir le col et le faire basculer dans l'abdomen. On devra séparer la vessie de bas en haut à l'aide des doigts et de ciseaux mousses. Après avoir fermé par un surjet de catgut les surfaces cruentées, M. Pozzi recommande un drainage avec une mèche de gaze.

M. Delbet (de Paris) attribue à la suppression des ligatures en chaîne et en masse, et à celle de la plaie péritonéale, les succès considérables obtenus dans le traitement des fibrômes. Dans la manière d'opérer, il considère comme très important de disséquer très bas l'utérus et de l'attirer fortement en haut, afin de lui enlever ses rapports d'intimité avec l'uretère.

Malgré les résultats satisfaisants obtenus par la voie abdominale, on devra enlever les fibrômes par la voie vaginale sans ablation de l'utérus, toutes les fois que la chose sera possible.

M. Goullioud (de Lyon) soumet un procédé peu différent de celui de Delagenière, mais qu'il considère devant diminuer les dangers d'infection péritonéale qu'amène quelquefois cette opération. Quand celle-ci est achevée et que les doigts reconnaissent le col, il place alors sur le vagin par l'abdomen deux pinces assez longues pour pincer toute la largeur du vagin aplati, et le sectionne avec le couteau coudé du thermo-cautère. Aucun liquide ne s'écoule alors par suite de l'emploi d'une de ces pinces. La seconde pince reste sur le vagin pendant que la ligature des pédicules vasculaires s'achève. Il referme complètement l'abdomen, soit après avoir pratiqué un drainage par un Mikulicz vaginal, soit après fermeture du péritoine pelvien par un surjet rapide, laissant un espace cruenté qu'on drainera par le vagin après l'opération abdominale. De cette façon aucune sécrétion ne peut amener d'infection dans le péritoine, et les dangers que présente l'hystérectomie sont évités.

M. Ricard (de Paris) constate le succès croissant de l'hystérectomie abdominale totale pour fibrôme, et quels que soient les procédés employés, il considère cette opération comme devant se pratiquer dans la chirurgie courante.

S'appuyant sur les différents procédés, il les modifie suivant les besoins, et a obtenu la guérison de presque toutes ses opérées, même dans des cas très graves.

Il commence par faire l'énucléation forcée du fibrôme hors du ventre. Si la tumeur est retenue par un obstacle, il ne faut pas craindre de le lever. Le fibrôme tiré hors du ventre, il fait l'hémostase primitive par section, sous des pinces, de l'artère utéro-ovarienne droite. Après avoir effondré le ligament large, il saisit également le pédicule de l'artère utérine; il place une pince, et coupe. Puis il décolle le péritoine et repousse la vessie vers le pubis. L'utérus fibromateux ne tenant plus que par le vagin, il désinsère à coups de ciseaux l'insertion du vagin, après incision d'un cul-de-sac, de préférence le postérieur. Il tamponne enfin le vagin en le bourrant par l'abdomen d'une compresse stérilisée, et il referme le ventre.

Jamais l'orateur n'a blessé ni vessie ni uretère. Les accidents hémorrhagiques eux-mêmes sont rares par cette méthode, et M. Ricard dit avoir enlevé de volumineux fibrômes sans perdre plus de deux cuillerées de sang.

Des collections séreuses pelviennes.

M. Vautrin (de Nancy) entreprend l'histoire des collections séreuses pelviennes et les partage en deux catégories. Les collections séreuses développées au voisinage d'un utérus ou d'annexes malades occupent une cavité plus ou moins étendue comprise au milieu d'exsudats inflammatoires. Aucun symptôme particulier ne les fait remarquer. Elles sont chroniques, tandis que celles de la deuxième catégorie se présentent sous forme d'épanchements soudains, d'aspect aigu, et accompagnées de

symptômes graves. Cette catégorie de collections séreuses atteint quelquefois un volume très considérable et se désigne sous le nom de pelvipéritonites séreuses. Elles succèdent principalement à une génitalité gonococcienne, et présentent des symptômes de péritonite localisée au bassin : frissons, vomissements, ballonnement du ventre, etc. L'évacuation de ces pelvipéritonites doit se faire dès que le liquide s'est formé. En la retardant, elles passent à la purulence.

Leur traitement diffère selon les cas. Dans les lésions élevées et unilatérales avec épanchements séreux, on choisit la laparotomie, et l'hystérectomie s'impose pour les affections bilatérales anciennes. L'élytrotomie antérieure seule, ou combinée à l'élytrotomie postérieure, se pratique si l'épanchement séreux se trouve à une place élevée.

Ablation abdominale des annexes sans ligature préalable.

M. Delbet (de Paris) fait remarquer la divergence de traitements des lésions inflammatoires des annexes. Certains chirurgiens admettent la laparotomie et d'autres l'hystérectomie. Quant à lui, il est partisan de la première de ces opérations, quelque gravité et quelque étendue que présentent les lésions. Il rappelle que deux de ses malades, chez qui il a pu conserver les annexes d'un côté, ont eu des enfants. L'une avait une salpingite purulente dont la guérison a été pleinement obtenue, la malade étant devenue enceinte et ayant accouché normalement d'un enfant vivant.

Il est des cas où les douleurs persistent après l'opération sans qu'on sache quelle en est la cause. Les partisans de l'hystérectomie l'attribuent à l'utérus, mais il est démontré que ce n'est point là un organe très sensible; d'autres y voient, souvent à tort, une cause nerveuse.

Les douleurs qui persistent après la laparotomie relèvent, d'après l'orateur, de plusieurs causes :

1° Striction et tiraillement des pédicules dans les ligatures en masse;

2° Infection légère des fils, pas assez virulente pour donner lieu à des accidents graves, mais suffisamment virulente pour déterminer la formation d'exsudats;

3° Persistance de la partie interne de la trompe;

4° Adhérence des pédicules avec l'intestin ou la vessie;

5° Vices de position de l'utérus.

Du reste, M. Delbet croit que toutes ces causes de douleurs peuvent être évitées.

Il signale encore dans sa communication un point exceptionnel, qui mérite cependant d'être noté. Il a vu que l'éventration a succédé dans deux cas à un drainage à la gaze iodoformée par la plaie abdominale. Craignant donc que le drainage abdominal n'expose à l'éventration, M. Delbet emploie de préférence le drainage vaginal.

L'orateur expose longuement la technique de l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. Il libère les annexes de leurs adhérences; puis il sectionne d'emblée le ligament large avec des ciseaux, sans faire de ligature préalable. L'artère utéro-ovarienne ne donne presque jamais de sang du côté du pédicule; le jet de sang provient au contraire de l'artère utérine. La ligne de section doit se rapprocher de la trompe, mais doit respecter le ligament rond. Le ligament rond, en effet, est très précieux pour recouvrir la partie interne de la plaie.

Ce procédé d'extirpation des annexes n'expose pas aux douleurs consécutives comme les autres. En effet, on peut voir que les inconvénients énumérés plus haut et devenant causes de ces douleurs sont supprimés ici.

Pour parer à la position vicieuse de l'utérus, M. Delbet fait une hystéropexie abdominale antérieure, qui n'entraîne jamais d'inconvénients.

Incontinence d'urine liée au prolapsus génital.

M. Gérard-Marchant montre que l'on discute encore sur la pathogénie de l'incontinence d'urine liée au prolapsus génital. On a accusé l'urèthre; on a également trouvé l'origine de ce trouble dans la colpocèle antérieure et la cystocèle. D'où deux modes d'intervention tout différents : ou bien on dévie l'urèthre ou on la rétrécit, ou bien on fait une colpopérinéorrhaphie.

L'orateur rapporte deux observations où la colpopérinéorrhaphie a guéri l'incontinence d'urine liée au prolapsus.

Dans la première observation, l'incontinence ne pouvait relever que d'une colpocèle antérieure avec cystocèle, d'une béance vulvo-vaginale, d'un gros col utérin abaissé. L'amputation du col avec colporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie ont absolument guéri la malade qui souffrait de cette infirmité.

La seconde observation a trait à une femme qui avait des crises douloureuses dans le bas-ventre avec expulsion considérable de liquide se faisant par le vagin. En suivant cette malade, l'orateur vit que le liquide avait la composition chimique de l'urine, et qu'après son expulsion la vessie était à peu près vide.

Cette incontinence n'en restait pas moins d'une pathogénie assez obscure. Mais la cystocèle et la béance de la vulve étant les seules lésions auxquelles elle pouvait être rapportée, une colpopérinéorrhaphie fut pratiquée chez cette malade, et elle fut suivie des plus heureux résultats; l'incontinence d'urine, en effet, ne reparut plus après cette intervention.

De l'ectopie inguinale du testicule.

M. Tédenat (de Montpellier) rappelle la fréquence relative de l'ectopie inguinale du testicule, si on compare cette malformation aux autres pouvant porter sur cette glande. L'ectopie inguinale s'accompagne souvent de kermès et le testicule ectopié peut être le siège d'accidents de divers ordres.

Le testicule inguinal est parfois peu développé chez l'enfant, mais il n'est pas troublé dans son évolution et son fonctionnement s'il peut être fixé dans le scrotum.

Le laisse-t-on, au contraire, dans le trajet inguinal, on le voit rarement remplir régulièrement ses fonctions. Par suite des contusions, des froissements répétés dont il est le siège, il est envahi par une atrophie scléreuse. Les seuls froissements qu'il subit de la part des muscles abdominaux suffisent pour y déterminer cette lésion. On comprend que les choses seront encore beaucoup plus sérieuses si le testicule devient le siège d'une orchite blennorrhagique.

Le testicule ectopié est plus fréquemment envahi par les néoplasies malins que le testicule en position naturelle. Il y a donc tout un ensemble de raisons qui plaident en faveur de la nécessité de ramener le testicule dans le sac scrotal.

Dans l'enfance, il suffira, pour y parvenir, de manipulations méthodiques auxquelles s'ajoutera le port d'un bandage à pelote échancrée. Plus tard, ou si ces moyens échouent, on fera l'orchidopexie. Cette opération permet, en même temps, de faire la cure radicale des hernies concomitantes si fréquentes; ou même de prévenir ces hernies en consolidant le trajet inguinal.

Interventions palliatives contre le cancer de la prostate.

M. Desnos (de Paris) indique quelles sont les interventions palliatives les plus nécessaires qu'il convient de pratiquer dans les cas de cancer de la prostate.

Contre la dysurie et l'hématurie devenues trop violentes, on a l'habitude, depuis longtemps, de pratiquer une cystostomie. Cette opération diminue notablement l'intensité des accidents énumérés plus haut et, de plus, elle peut même, dans certaines conditions, permettre aux malades une survie plus ou moins longue.

A côté de cette intervention, il en est une autre pratiquée plus rarement et qui s'adresse aux douleurs irradiées au périnée, au

scrotum, à la verge, aux membres inférieurs. L'orateur est intervenu deux fois dans ces conditions. Il a fait, tout d'abord, une incision prérectale ; dans le premier cas, il a décollé les adhérences avec les parties voisines et, grâce à des tractions légères exercées sur la prostate, il est arrivé à réséquer, de chaque côté, une partie du néoplasme. Dans le second cas, devant l'état d'envahissement du périnée, l'auteur a dû creuser un sillon entre les limites de la prostate, le rectum et la vessie et il a enlevé une notable portion du néoplasme en ayant recours aux excisions et au curettage.

Grâce à ces procédés, les organes pelviens n'étant plus comprimés par la prostate cancéreuse, les douleurs irradiées ont cessé ; les malades ont ainsi éprouvé un soulagement qui peut persister jusqu'au moment de la mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre. — Présidence de M. Monod.

De la pathogénie de l'appendicite.

M. Brun. — Je crois que les conclusions émises par M. Routier dans la dernière séance (Voir *Gazette Médicale* du 28 novembre) ne doivent pas être acceptées sans discussion. On se souvient que, dans l'observation de M. Guinard, qui fit le sujet du travail de M. Routier, il s'agissait d'un appendice contenu dans une hernie crurale étranglée et transformée ainsi en cavité close. Cet appendice n'avait donné lieu à aucun phénomène infectieux. M. Routier ne croit pas que l'appendice ait été véritablement clos ; s'il l'avait été, il y aurait eu des phénomènes infectieux, comme le prouvent les expériences de M. Gervais de Rouville.

Mais les expériences de M. Gervais de Rouville ne sont intéressantes qu'au point de vue expérimental ; elles ne prouvent rien au point de vue pathologique.

Je m'appuie, dans ma communication, sur des observations qui me sont purement personnelles.

J'ai opéré des enfants chez qui l'appendice était totalement oblitéré et qui n'avaient aucun accident infectieux. La cavité close peut donc exister sans aucun phénomène d'infection. Ce fait a, d'ailleurs, sa contre-partie.

D'autres appendicites, en effet, plaident encore contre la théorie du vase clos.

Je fais allusion à des faits où on intervient pour péritonites appendiculaires et où l'appendice n'est nullement transformé en vase clos. Un épaississement inflammatoire de la muqueuse avec piqueté, hémorrhagie, constitue toute la lésion.

J'ajouterai un mot. Je crois que l'on localise trop l'appendicite. J'ai souvent vu des enfants avoir leurs poussées appendiculaires après avoir présenté des phénomènes de colite et d'entéro-colite, pouvant même persister après l'opération de l'appendicite.

La pathogénie, c'est donc simplement l'infection de l'appendice, plus intense ici que sur toute autre partie de l'intestin, à cause de la structure des parois de l'appendice et, particulièrement, à cause de sa richesse en follicules clos.

M. Walther. — Je ne veux vous apporter que quelques chiffres confirmatifs des idées que vient d'émettre M. Brun.

Sur 27 cas que j'ai observés, il y avait assez souvent des infections antérieures de l'intestin : antérites aiguës, fièvre typhoïde. L'appendicite, dans ces cas, n'a paru qu'une manifestation locale d'une infection intestinale.

L'appendicite se présentait 11 fois comme un phénomène survenu au cours d'une entéro-colite chronique. Il y aurait beaucoup à dire sur ce qui revient alors à l'appendice et sur ce qui revient à l'entéro-colite, l'appendicite elle-même s'accompagnant très souvent de troubles gastriques et intestinaux.

Les résultats anatomiques que je veux vous faire connaître m'ont été fournis par les 17 cas que j'ai opérés, sur les 27 qui forment ma statistique.

Je dois dire tout d'abord que j'ai vu une seule fois une oblitération typique et complète de l'appendice. Sur mes 17 cas, 10 ont été opérés en pleine poussée aiguë. Trois fois il y avait déjà de la péritonite aiguë ; chez l'un de ces 3 derniers opérés, j'ai trouvé un poil de brosse à dent dans l'appendice. La cavité était libre. Chez le second, il y avait folliculite intense avec abcès des parois ; le troisième enfin offrait un appendice rouge et congestionné.

Dans les autres cas opérés, j'ai vu la cavité plus ou moins rétrécie, mais sans oblitération complète. Un des appendices que j'ai enlevés a été examiné par M. Sireday : celui-ci, dans ses différentes coupes, n'a jamais vu d'adhérences entre les parois de l'organe qui n'étaient jamais complètement accolées : il y avait toujours un espace libre au centre, parfois rétréci. Il a constaté en outre une folliculite intense, et même il a vu des glandes transformées en petits kystes. Une dernière observation se rapporte à une jeune fille de 18 ans ; elle présentait, outre son appendicite, une péritonite localisée. L'appendice était vasculaire. Le péritoine contenait un liquide louche, rempli de coli-bacilles très virulents. Ces coli-bacilles — et c'est là le point intéressant — ont aussi été retrouvés dans la cavité de l'appendice.

Ces pièces anatomiques me semblent prouver que l'oblitération de l'appendice n'est pas nécessaire pour le développement d'une appendicite ; si elle se rencontre quelquefois, elle est la conséquence de lésions appendiculaires antérieures, mais elle n'en est pas l'origine.

M. Jalaguier. — J'ai été partisan de la théorie du vase clos. Aujourd'hui, je suis convaincu que l'oblitération n'est qu'un fait secondaire, consécutif à la lésion inflammatoire de l'appendice.

J'ai, en effet, souvent enlevé des appendices nettement malades et nullement clos. Plus j'étudie l'appendicite, plus j'en fais la manifestation locale d'un état général grave. J'ai aussi vu l'appendicite débuter par des phénomènes généraux, sans aucune douleur au niveau de l'appendice ; puis, brusquement, l'appendicite éclate, quelquefois foudroyante. Je crois aussi que la virulence des microbes normaux de l'appendice peut être exaltée par la présence d'une infection grave comme la fièvre thyhoïde, ou plus bénigne comme la rougeole ou les oreillons.

De plus, je me range absolument à l'opinion de M. Brun, qui croit que l'appendicite est souvent consécutive à une entéro-colite. L'appendice, en effet, éprouve plus de peine que la reste de l'intestin à se débarrasser des microorganismes virulents qui pullulent dans tout le tube intestinal et qui sont ainsi à même de donner naissance, plus tard, à des accidents appendiculaires sérieux.

Un cas d'œsophagotomie externe.

M. Broca. — M. J. Lemaître (de Limoges) vous a envoyé une observation d'œsophagotomie externe faite chez une enfant de six mois qui avait avalé une broche. Ce n'est que tardivement que survinrent les accidents de déglutition, vers le quatorzième jour. M. Lemaître est alors intervenu avec un plein succès.

Il faut tout d'abord féliciter M. Lemaître qui paraît jusqu'à présent tenir le record de la jeunesse dans l'œsophagotomie externe.

A propos des objets retrouvés dans l'œsophage, il paraît quelquefois impossible de croire que certains d'entre eux ont été avalés et retenus dans l'œsophage, tant ils sont gros. Moi-même, dans mes jeunes années, j'ai méconnu l'existence dans l'œsophage d'une clef d'un assez fort volume.

Je puis rapprocher de l'opération faite par M. Lemaître une œsophagotomie externe que jai pratiquée chez une enfant de seize mois. Chez cette enfant l'œsophage se trouvait facilement, car à chaque expiration l'air contenu dans l'estomac était refoulé dans l'œsophage, et ce refoulement s'arrêtait au-dessous du larynx. Par introduction de mon doigt dans l'œsophage, j'ai été très surpris d'en retirer trois cailloux plats. L'enfant, du reste, a

succombé au cinquième jour; la plaie était bien réunie, comme l'a montré l'autopsie; l'opérée avait succombée par suite d'une poussée aiguë de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Cancer primitif du foie.

M. Segond. — Il est rare d'enlever par laparotomie une tumeur maligne primitive du foie. Jusqu'à présent on ne connaît que douze cas où ait été pratiquée cette opération : huit fois pour cancer, trois fois pour sarcome, une fois pour adénome.

Ces douze observations apprennent que la tumeur du foie peut être enlevée à condition de laisser la portion de l'organe qui paraît saine. Elles apprennent aussi que si la guérison s'obtient, les malades meurent généralement peu après de récidive et de généralisation. Enfin elles donnent différentes indications sur le traitement du pédicule, pour lequel on a eu, dans certains cas, recours à la méthode extrapéritonéale.

Pour ma part, j'ai une nouvelle observation à ajouter aux précédentes.

Il s'agit d'une femme qui a succombé vingt-quatre heures après avoir été opérée, au shock nerveux, sans aucun phénomène septique. J'ajouterai que j'ai fait le traitement extrapéritonéal du pédicule.

Mais le point intéressant de l'observation, c'est l'erreur de diagnostic extraordinaire à laquelle elle a donné lieu; elle a, en effet, été prise pour une tumeur fibreuse de l'utérus.

Cette malade m'avait été envoyée pour tumeur fibro-kystique de l'utérus. Je sentis, en effet, une tumeur sur le fond de l'utérus, qui s'accompagnait de métrorrhagies abondantes. Mais, en outre, je sentis une tumeur plus dure remontant dans la région rénale et allant se perdre dans la région du foie. Cette seconde tumeur répondait aux mouvements communiqués par l'utérus, elle était mobile transversalemement; entre la matité de cette tumeur et la masse hépatique il y avait une sonorité large de 3 à 4 travers de doigt.

J'intervins donc dans le but d'opérer une tumeur fibreuse de l'utérus. Très facilement j'enlevai la première tumeur, de consistance molle, qui me montra un utérus et des annexes parfaitement sains. Puis plus haut se trouvait la tumeur plus dure appendue au foie et vraiment pédiculisée. En réalité, il s'agissait d'une tumeur primitive du foie, qui avait poussé en hourgeonnement vers le fond de l'utérus, représenté par la tumeur fibrokystique qui avait été vue la première.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

M. Terrier. — Il y a plusieurs procédés d'extirpation de tumeur de foie, et précisément j'ai reçu un travail de Russie sur la question. Les auteurs de ce travail ont fait des recherches sur des lapins pour voir quel était le meilleur procédé d'extirpation d'une tumeur hépatique. Ils ont vu que de bons résultats ont été obtenus par une ligature en chaîne, et ils préconisent le traitement intrapéritonéal du pédicule. Il faut, en effet, éviter autant que possible le pédicule extrapéritonéal qui peut donner lieu à des suppurations.

Sur la période prémonitoire des rétrécissements du rectum.

M. Verchère fait une communication se rapportant à la question de l'étiologie et du traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum, et s'attache particulièrement aux phénomènes qui marquent le début de cette affection et au traitement à établir dans ces cas.

Présentation de pièces.

M. Marchand présente un appendice enlevé il y a douze jours dans un foyer purulent considérable. Il renfermait une boule fécale du volume d'un noyau de cerise.

Le malade, hien qu'opéré dans de mauvaises conditions, a guéri.

M. Quénu présente une photographie par rayons de Rœntgen d'une aiguille entrée dans la paume de la main et qui a, en outre, permis de constater l'existence d'une première aiguille qui était enkystée dans une phalange depuis une dizaine d'années.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre.

Contagion et origine des maladies infectieuses et épidémiques.

M. Kelsch. — On sait aujourd'hui que la contagion n'est pas seule à produire les maladies infectieuses ; il faut aussi tenir compte du terrain et de l'hérédité.

De même, les maladies épidémiques, comme les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le choléra, peuvent également naître en dehors de toute contagion, naissant de germes introduits du dehors par l'air ou par l'eau.

La fièvre typhoïde, en effet, n'est pas toujours due à la contagion. Elle peut se développer spontanément aux dépens du colibacille, dont la virulence s'exagère, ou du bacille d'Éberth vivant à l'état de saprophyte dans le tube digestif.

Le choléra peut aussi avoir une origine autochtone. Souvent on ne saurait retrouver la contagion primitive qui donne naissance à l'épidémie.

Ces faits montrent bien l'importance des modifications des milieux extérieurs, grâce auxquels des microbes inoffensifs deviennent pathogènes et donnent lieu à des épidémies. Rien, d'autre part, d'étonnant à ce que les épidémies disparaissent pour reparaître ensuite, comme le fait comprendre la possibilité qu'ont les germes de perdre leur virulence pour la récupérer plus tard.

La chose est particulièrement facile à constater pour la diphtérie. Cette maladie avait à peu près disparu depuis deux siècles, lorsqu'en 1860 elle se montra à nouveau. De même, le choléra diminue depuis quinze ans. La grippe, de son côté, est devenue une maladie épidémique d'importance capitale, après avoir été une affection sporadique.

La dualité de l'origine des maladies infectieuses est donc démontrée par la bactériologie comme par l'épidémiologie. Lorsque ces maladies infectieuses se sont produites par suite de différentes circonstances, elles peuvent consécutivement se transmettre par contagion.

Anévrysme cirsoïde.

M. Lazare Klein cite l'observation d'une enfant tombée à l'âge de 10 mois et restée ensuite dans un état de commotion cérébrale.

Au bout de huit jours, l'enfant semhlait guérie. Actuellement, l'oreille, appliquée sur le crâne de l'enfant, perçoit un hruit intermittent, isochrone aux pulsations cardiaques. Ce hruit atteint son maximum aux apophyses mastoïdes parce qu'à ce niveau les cellules mastoïdiennes servent de caisses de résonnance en renforçant le son. L'enfant entend elle-même du hruit dans sa tête et, cependant, il n'y a nulle part, sur le cuir chevelu, de dilatation ou de tumeur vasculaires.

Le pied de Madura.

M. Blanchard lit un rapport sur un cas de pied de Madura, observé par **M. Legrain** à Bougie, en Algérie. Le malade en question avait une hypertrophie des os du pied, des ligaments et de la peau de cet organe. De plus, il présentait quatre tubercules ulcérés à la face plantaire, dont l'ouverture donna issue à du pus mêlé de grains. L'ulcération consécutive était grisâtre et la cicatrice à laquelle elle donna lieu était livide et indurée.

Les lésions s'arrêtaient au niveau des malléoles et le dessus de la jambe était atrophiée.

Par l'examen bactériologique, on a trouvé des filaments mycéliens, se colorant par la méthode de Gram.

Ce germe a les extrémités renflées et sur gélose lactosée et peptonisées, il donne des cultures d'un beau jaune d'or.

Cette affection se développe exceptionnellement sur les deux membres ; elle peut, du reste, apparaître aussi sur les mains et sur le reste du corps. Si elle est plus fréquente aux pieds, c'est que le germe vit en saprophyte sur les plantes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 novembre.

Action de l'eau distillée sur le sang humain.

M. Maurel tire de ses expériences des conclusions d'ordre scientifique et d'ordre pratique. Il a vu que l'eau distillée paraît avoir une action élective sur les éléments rouges. La toxicité de l'eau distillée semble être due à son action sur les hématies. D'autre part, le poids de l'organisme est diminué sous l'influence de l'eau distillée. Celle-ci déglobulise le sang et augmente la diurèse.

Les expériences de l'auteur semblent lui prouver qu'il est prudent d'injecter à l'homme par la voie intraveineuse 5 centimètres cubes, et par la voie hypodermique de 15 à 25 centimètres cubes par kilogramme du poids.

Influence des toxines microbiennes sur la contraction musculaire.

M. Charrin et **Mlle Pompilian** ont enregistré les secousses musculaires de vingt-six à quarante-huit heures après injection sous-cutanée d'une dose faible de toxine diphtérique ou pyocyanique. Ils les ont aussi enregistrées avant l'intoxication, puis une heure après l'injection d'une très forte dose de toxine pyocyanique. Ces recherches leur ont permis de voir que les toxines diphtérique et pyocyanique modifient la contraction musculaire, comme le font la fatigue, l'échauffement ou toute autre cause épuisante.

De l'opothérapie hépatique.

M. Jousset rappelle qu'il a traité des diabétiques par des extraits d'organes animaux préparés suivant la méthode de Brown-Séquard, qu'il administre par voie stomacale à la dose de 10 à 30 gouttes par jour. Usant ensuite de l'extrait de foie, l'auteur a vu que chez différents malades la quantité de sucre a beaucoup diminué.

Cystite primitive à coli-bacille.

MM. Gilbert et **Grenet** ont vu un malade atteint de cystite aiguë à bacterium coli. Ils ont essayé de rechercher comment le coli-bacille était arrivé à la vessie ; mais ils n'ont pas trouvé d'infection antérieure qui explique sa présence dans cet organe.

Influence des injections intra-veineuses d'eau salée sur l'élimination des poisons.

M. Roger a employé le ferrocyanure de potassium et le sulfindigotate de soude pour se rendre compte de l'influence des injections intra-veineuses d'eau salée sur l'élimination des poisons. Il lui suffit, pour le ferrocyanure de potassium, de voir à quel moment l'urine donne, avec le perchlorure de fer, la réaction bleue caractéristique.

Il a pu constater par ce procédé que l'injection d'eau salée fait apparaître le ferrocyanure dans l'urine deux fois plus vite que chez les animaux témoins, à qui on n'avait pas injecté d'eau salée.

Cette même conclusion a été également obtenue par l'auteur au moyen du sulfindigotate de soude. Ce corps colore les urines en bleu. En injectant dans les veines de l'eau salée, après y avoir injecté du sulfindigotate de soude, on voit que les muqueuses et la peau prennent d'abord une teinte bleue très marquée, qui disparaît par l'influence consécutive de l'injection d'eau salée. Chez les témoins, au contraire, la décoloration ne se fait pas aussi vite. Même remarque pour les viscères que pour la peau et les muqueuses.

Il est donc évident que les injections intra-veineuses d'eau salée font un vrai lavage du sang et même de l'organisme. On les voit accélérer l'élimination du ferrocyanure de potassium par l'urine, et favoriser la sortie des matières nocives qui se sont déposées dans les tissus, comme le prouvent les expériences faites par M. Roger avec le sulfindigotate de soude.

De plus, on sait que le sulfindigotate de soude s'élimine par l'épithélium des tubes contournés. Ce fait montre que les injections d'eau salée stimulent l'activité des éléments glandulaires, et n'agissent pas par simple action mécanique.

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 20 AU 25 NOVEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 3 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Le Dentu, Pozzi et Nélaton. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Ch. Richet et Gley — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Berger et Maygrier. — 4e : MM. Proust, Pouchet et Gilbert.

Vendredi 4 décembre, à 1 heure. — 3e (2e partie) : MM. Straus, Letulle et Gaucher. — 4e MM. Pouchet, Landouzy et Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker, (1re série) : MM. Terrier, Peyrot et Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (2e série) : MM. Ricard, Humbert et Broca. — 5e (2e partie) Necker : MM. Chauffard, Toinot et Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

Samedi 5 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Ch. Richet et Gley. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié : MM. Berger, Pozzi et Albarran. — 5e (5e partie), Chirurgie, Pitié (1re série) : MM. Cornil, Chantemesse et Achard. — 5e (2e partie), Pitié (2e série) : MM. Debove, Joffroy et Métrier. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'Accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Bar et Maygrier.

Lundi 7 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Weiss. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Ricard et Varnier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hotel-Dieu, (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Tuffier. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu, (2e série) : MM. Terrier, Humbert et Delbet. — 5e (2e partie, Hôtel-Dieu) : MM. Hayem, Letulle et Widal.

Mardi 8 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Ch. Richet et Gley. — 3e Oral (1re partie), (1re série) : MM. Le Dentu, Maygrier et Hartmann. — 3e Oral (1re partie), (2e série) : MM. Guyon, Pozzi et Bar. — 5e (2e partie), Charité, (1re série) : MM. Laboulbène, Raymond et Achard. — 5e (2e partie), Charité, (2e série) : MM. Proust, Debove et Ménétrier.

Mercredi 9 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Terrier, Poirier et Sebileau. — 2e Oral (1re partie) : MM. Ricard, Retterer et Walther. — 3e Oral (1re partie) : MM. Peyrot, Tuffier et Varnier. — 3e (2e partie) : Fournier, Joffroy et Wurtz.

Jeudi 10 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique :* MM. Le Dentu, Pozzi et Nélaton. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Ch. Richet et Thiéry. — 3e (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy et Marfan.

Vendredi 11 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer et Gilles de la Tourette. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy et Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié, (1re série) : MM. Marchand, Humbert et Broca. — 5e (1re partie), Chirurgie, Pitié, (2e série) : MM. Peyrot, Delbet et Walther. — 5e (2e partie), Pitié : MM. Straus, Chauffard et Gaucher. — 5e (1re partie, Obstétrique, Clinique Bandelocque) : MM. Pinard, Varnier et Bonnaire.

Samedi 12 décembre, à 1 heure. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Gley et Thiéry. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker : MM. Berger, Nélaton et Albarran. — 5e (2e partie), Necker, (1re série)

MM. Laboulbène, Cornil et Marfan. — 5e (2e partie), Necker, (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Achard. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'accouchements, rue d'Assas) : MM. Tarnier, Bar et Maygrier.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Lundi 7 décembre, à 1 heure. — 2e : MM. Potain, Sebileau et André.

Mardi 8 décembre, à 1 heure. — 2e : MM. Quénu, Chantemesse et Chassevant.

Jeudi 10 décembre, à 1 heure. — 2e MM. Quénu, Gilbert et Charrin.

Samedi 12 décembre, à 1 heure. — 2e MM. Quénu, Marie et Gilbert.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 3 décembre, à 1 heure. — *M. Leblanc* : Gastrorrhagie et perforation dans l'ulcère de l'estomac (MM. Laboulbène, Dieulafoy, Albarran et Roger). — *M. Boncour* : Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance (MM. Dieulafoy, Laboulbène, Albarran et Roger). — *M. Motz* : Contribution à l'étude de l'hypertrophie de la prostate (MM. Guyon, Charrin, Hartmann et Thiéry). — *M. Hernette* : Pathogénie et traitement de l'entéroptose (MM. Guyon, Charrin, Hartmann et Thiéry).

Mercredi 9 décembre, à 1 heure. — *M. Rouger* : De la rougeole ecchymotique (MM. Potain, Straus, Letulle et Chauffard). — *M. Herbert* : Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes (MM. Straus, Potain, Letulle et Chauffard). — *M. Mendy* : De la valeur comparée de l'expectation armée et de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval (MM. Tillaux, Pinard, Bonnaire et Broca). — *M. Carrière* : Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle (MM. Pinard, Tillaux, Bonnaire et Broca).

Jeudi 10 décembre, à 1 heure. — *M. Pauchet* : Hystérectomie vaginale et laparatomie pour lésions des annexes de l'utérus; résultats éloignés et comparés (MM. Guyon, Tarnier, Maygrier et Albarran). — *M. David* : Contribution à l'étude des accouchements prématurés artificiels (MM. Tarnier, Guyon, Maygrier et Albarran). — *M. Tarot* : De l'antisepsie préopératoire de la conjonctive (MM. Panas, Debove, Roger et Hartmann. — *M. Chevallier* : Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique dans le département de la Somme (MM. Debove, Panas, Roger et Hartmann). — *M. Conturie* : Sur l'hystérie chez les jeunes enfants (MM. Cornil, Raymond, Chantemesse et Thoinot). — *M. Argétoyaud* : Contribution à l'étude des névrites dans l'intoxication sulfocarbonée (MM. Raymond, Cornil, Chantemesse et Thoinot).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Par suite du décès de MM. Després et Nicaise, les mutations suivantes auront lieu, à partir du 26 décembre prochain, dans le personnel des chirurgiens :

M. Campenon passe de l'hôpital Broussais à la Charité; M. Reclus, de la Pitié à Laënnec; M. Tuffier, de la Maison municipale de santé à la Pitié; M. Michaux, de l'hospice d'Ivry à Broussais; M. Chaput, de l'hospice de Bicêtre à la Maison municipale de santé; M. Poirier, à l'hospice d'Ivry; M. Ricard, à l'hospice de Bicêtre.

Par suite de la création des Maternités de Saint-Antoine et de l'Hôtel-Dieu, les mutations suivantes auront lieu dans le personnel des accoucheurs :

M. Bar passe de l'hôpital Saint-Louis à Saint-Antoine; M. Champetier de Ribes, de Tenon à l'Hôtel-Dieu; M. Bonnaire, à Saint-Louis; M. Boissard à Tenon.

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Chifoliau, 12; Athanasiu, 8; Lortat-Jacob, 5; Zimmern, 13; Tardif, 12; Morély, 14; Lamouroux, 11; Jacomet, 12; Brun, 10; Léger, 9; Lippmann, 7; Barbarin, 12; Armand Degorce, 12; Sauvage, 13; Lœwy, 11; Jalaguier, 11; Monel, 7; Louis-Roche, 9; Rousseau, 12; Roux, 11; Chevrey, 12; Schachmann, 8; Palle, 5; Bonnel, 10; Perrée, 11; Sikora, 12; Silhol, 11; Bourgain, 8; Peaudecerf, 9; Zadok, 14; Iselin, 12; Coustols, 9; de Rothschild, 7; Guéniot, 10; Voisin, 11; Gabriel Sicard, 12.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Thouvenin, 11 1/2; Semeril, 13; Yordanoff, 10; Theulet-Luzié, 16; Paul Thomas, 11; Louis Thomas, 17; Vaias, 12; Warin, 14; Voillemin, 15; Simonesco, 11 1/2; Adolphe Ruais, 13; Valette, 10; Violette, 13; Saphary, 12; Soularue, 14; Mlle Ziegel, 10; MM. Tessier, 19 1/2; Tassin, 13; Ruillier, 18; Triau, 12; Stahl, 11; Seguin, 10; Soulard, 14; Mlle Volovàtz, 14; MM. Georges Villaret, 9; Voisin, 17; Savignac, 17; Vinsonneau, 18; Rutten, 7; Sahareanu, 15; Maurice Villaret, 13 1/2; Szumlanski, 10; Rumpelmayer, 3; Solacolu, 6; Sanquirico, 13; Rouault, 14; Sueur, 12 1/2; Rostaine, 16; Chicotot, 14; Wicart, 8; Valentin, 3; Simon, 14; Roux, 9; Vaillant, 8; Perrier, 1; René Roger, 11; Rathery, 18; Ripart, 14; François Michel, 9; Perrier de Clisson, 15; Monjauze, 10; Rigollot-Simonnot, 14; Neviajski, 16; Pied, 15; Quentin, 10; Quillier, 18; Rabant, 8; Jean Petit, 10; Maurice Petit, 15; Pophillat, 14; Plantard, 11; Piton, 11; Nau, 19; Morisseau, 10; Narbonne, 8; Murer, 5; Morisetti, 15; Mlle Przciszewski, 15; MM. Morand, 18; Maurice Pineau, 8.

Pathologie. — MM. Granjon, 15 1/2; Gascheau, 19; Bourlot, 17 1/2; Bournaret, 13; Aviat, 17; Alquier, 16 1/2; Barcat, 17; Chastenet de Géry, 19 1/2; Boileau, 10; Cailleux, 11; Bernait-Lagueule, 16; Beauvois, 16; Arrault, 10; Baudrand, 10; Martial Chassaing, 9; Charlot, 13; Bussard, 16; Bilet, 13; Bigex, 15, Baumgartner, 20; Aguinet, 19; Arrivé, 17; Arroyo, 10; Mlle Birfeld, 12; MM. Bouchot, 14; Blotin, 15; Bouchet, 16; Brissy, 18; Bruandet, 16 1/2; Chalchat, 10; Dourrier, 15; Binet, 16; Boëlle, 12; Bournissien de Valmont, 18 1/2; Burgard, 11; Georges Blum, 11 1/2; Billard, 13; Chicotot, 10 1/2; Beaufumé, 16; Bachmann, 15; Bachimont, 14; Paul Berthier, 14 1/2; André Berthier, 15; Bégué, 12; Desplats, 8; de Léon, 14; Cruchaudeau, 12; Cottu, 19 1/2; Civatte, 19; Duplay, 15, Dupuy, 17; Crosnier, 13; Cruet, 18 1/2; Chevrier, 19; Colin, 16; Chesneau, 13; Delfau, 14; Couréménos, 19 1/2; Decreuze, 16 1/2; Diard, 12; Degrais, 12; Devez, 16; Courchet, 13; Chevé, 17 1/2; Chazet, 16; Duflos, 12; Ecoffet, 13 1/2; Delvincourt, 18 1/2; Duhar, 16; Deshiez, 13; Dreyfus-Rose, 18 1/2; Ducourneau, 18 1/2; Devraigne, 15 1/2; Ducatte, 14; Cazés, 15.

HOPITAUX DE PROVINCE

Hôpitaux de Bordeaux.

Sont nommés :

Internes titulaires. — MM. Guyot, Ulry, Hervé, Andérodias, Laffarelle, Fraikin, Bouyer, F. Martin.

Internes provisoires. — MM. Lauhie, Capdepon, Brial, Vergely, Ginestous, Garrau-Fonneuâe, Michiels; Mlle Nourrit; M. Ahadie.

Externes. — MM. Dusson, Saux, Pinsan, Rocher, Broquet, P. Nadal, Doreau, Carles, Rullier, Muratet, Motheau, Corieuaud, Reyt, Servel, Gentès, Auboin, Chomienne, Brun, Fourgous, Albier, Joncourl, Hubert, Samhuc, Pallut, Métreau, Dargein, Lafforgue, Etchepare, Nuel, Fargeas, Brunel, Souc, Palmieri, Mlle Déga, MM. Allard, Dumora, Aargues, Fauché, Pin, Chabat.

VARIA

Il se réunira à Berlin, au mois d'octobre 1897, un nombre très restreint de léprologistes connus et de délégués des gouvernements intéressés pour discuter les progrès lents mais incessants de la lèpre et les mesures à opposer contre ce fléau. La conférence était déjà fixée pour les Pâques prochaines, mais l'expédition scientifique du professeur Koch pour l'Afrique méridionale a nécessité le renvoi de ladite conférence au mois d'octobre.

Le comité d'organisation se compose de MM. Armauer Hansen (Bergen, en Norvège), Robert Koch (Berlin), O. Lassar (Berlin) et Ehlers (Copenhague).

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 50 12 Décembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

Le Syndicat des Médecins de la Seine nous demande l'insertion de l'avis suivant :

Le Syndicat des Médecins de la Seine (700 membres, sous la présidence d'honneur des docteurs Brouardel et Le Baron), qui tient ses séances publiques à la Faculté de Médecine, a eu la séance mensuelle accoutumée de son Conseil d'administration le samedi 5 décembre, au siège social, 28, rue Serpente, Palais des Sociétés Savantes.

Au cours de cette séance, il n'a été fait aucunement mention de l'affaire Thomson.

Ceci, afin d'éviter toute confusion entre notre Syndicat et le Syndicat général des Médecins de Paris et du département de la Seine.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

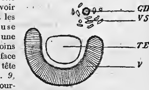
(Suite.)

Il ne m'est pas possible d'indiquer exactement dans quelle proportion de fréquence relative se rencontrent les différents types que je viens de décrire; mais l'on peut dire, je crois, d'une façon générale : 1° que, dans le plus grand nombre de cas, la face antérieure du cordon est seule tapissée par la séreuse; 2° que jamais le cordon ne plonge tout entier dans la cavité vaginale. Je dois rappeler cependant que si je n'ai jamais rencontré cette disposition sur des vaginales oblitérées, il m'est arrivé plusieurs fois, en pratiquant des cures radicales de hernie inguinale congénitale, de trouver le faisceau spermatique entouré d'une gaine absolument complète.

Je montrerai plus loin comment ces variétés dans la disposition du feuillet séreux autour du cordon modifient l'aspect de ce qu'on appelle le cul-de-sac supérieur de la vaginale.

B. *Coupe horizontale divisant la tête de l'épididyme.*

Cette coupe, qui passe un peu au-dessus de l'extrémité antérieure du testicule, montre que la cavité vaginale se développe toujours en avant de la tête épididymaire, comme j'ai dit qu'elle se développait en avant du cordon; sur cette coupe on peut voir aussi que, suivant les sujets, la séreuse pousse en arrière une pointe plus ou moins prononcée vers la face postérieure de la tête épididymaire (*fig. 9, 10 et 11*). Voilà pour-



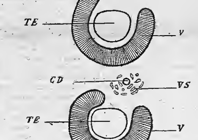


Fig. 9, 10 et 11.

Figure schématique montrant, sur une coupe horizontale, le trajet de la vaginale au niveau de la tête de l'épididyme.

V S : Vaisseaux spermatiques. — E : Tête de l'épididyme.
V : Cavité vaginale. — C D : Canal déférent.

quoi celle-ci, comme les éléments du cordon, est, à des degrés variables, enfermée dans la cavité vaginale. Le simple examen des schémas joints à cette description donne une idée des différents degrés de profondeur et d'étendue que peuvent présenter, dans la région cervico-épididymaire, les deux gouttières latérales de la vaginale. En tous cas, la gouttière externe se prolonge toujours en arrière plus loin que la gouttière interne.

Mais il est une disposition sur laquelle je tiens à insister parce qu'elle est rare. La voici : La tête de l'épididyme peut être complètement enfouie dans le sac clos vaginal, baignant tout entière et par toutes ses faces dans le liquide de l'hydrocèle ou dans la masse coagulante injectée pour l'étude, libre et flottante de tous côtés. Voici, sur les sujets où existe une pareille disposition, comment se présente la coupe (*fig. 12*).

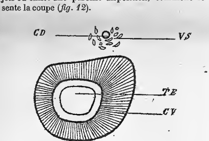


Fig. 12.
V S : Vaisseaux spermatiques. — T E : Tête de l'épididyme. C V : Cavité vaginale.

L'examen d'une coupe verticale me permettra plus tard de montrer à la faveur de quel trajet inhabituel de la séreuse cette inclusion de la tête épididymaire dans la cavité vaginale peut se produire.

C. *Coupe horizontale divisant le corps du testidule et de l'épididyme.*

Ici encore, il y a de grandes différences individuelles. Mais, pour bien mettre en relief toutes les variétés qu'on peut observer, il me paraît nécessaire de donner tout d'abord une description schématique du trajet que parcourt la vaginale dans la région du corps épididymaire.

La séreuse se détache du bord postérieur du testicule, tapisse d'arrière en avant sa face interne, contourne son bord antérieur, vernisse d'avant en arrière sa face externe, puis rencontre l'épididyme. Là, toujours collée contre la face externe du testicule, elle s'insinue sous cet épididyme et plonge entre ces deux organes en manière de méso. Puis, elle revient sur ses pas et recouvre tour à tour la face profonde, le bord antérieur et la face superficielle de l'épididyme. Ainsi se creuse, entre le corps du testicule et celui de l'épididyme, un cul-de-sac séreux de profondeur variable. Là finit la vaginale viscérale ; c'est en ce point, en effet, que la séreuse, rebroussant chemin, devient vaginale pariétale, passe de l'organe sur ses enveloppes et, plaquée contre la face profonde des bourses, revient à son point de départ. C'est donc au niveau du bord postérieur du testicule que la vaginale saute, en dedans et en dehors, de la poche sur le viscère, engendrant ainsi, par sa réflexion, deux culs-de-sac entre lesquels s'insinuent les vaisseaux pour aborder le testicule et le pénétrer.

Voilà le schéma. Je vais maintenant le corriger par la description exacte des variétés qu'on observe ; pour être plus clair, je vais étudier, l'une après l'autre, la face interne et la face externe du testicule, en montrant les différentes dispositions qu'y prend la vaginale.

1° Face interne. — Pour la face interne, tout se résume à ceci : la séreuse s'approche plus ou moins du bord postérieur du testicule.

Chez certains sujets (et je dois dire que, pour ce détail comme pour tous les autres, le testicule droit d'un cadavre est souvent différent du testicule gauche), chez certains sujets, la séreuse se réfléchit des bourses sur le testicule en plein milieu de la face interne : celle-ci se dégage alors en grande partie de la cavité séreuse (*fig. 13*).

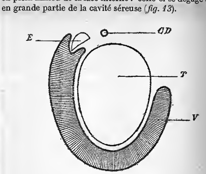


Fig. 13.

Dans d'autres cas, au contraire, la vaginale recouvre toute la face interne du testicule et ne se réfléchit que tout près du bord postérieur (*fig. 14*).

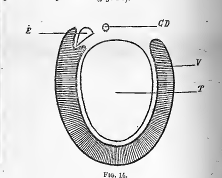


Fig. 14.

Ailleurs, enfin, on voit la vaginale pousser très loin sa marche en arrière, atteindre, près du bord postérieur du testicule, les vaisseaux et le canal déférent, quelquefois

même, cela est plus rare, former à ces organes comme une sorte de méso ; alors, on peut considérer ceux-ci comme en partie inclus dans le sac séreux (*fig. 15*).

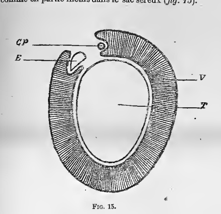


Fig. 15.

2° Face externe. — Voici maintenant pour la face externe :

J'ai dit plus haut qu'en règle générale la vaginale tapissait l'une après l'autre la face interne, ou profonde, et la face externe, ou superficielle, de l'épididyme ; mais elle les tapisse dans une étendue variable suivant les individus, et c'est précisément dans ce plus ou moins de complaisance de la séreuse vis-à-vis de l'épididyme qu'il faut chercher l'explication des nombreuses variétés qu'on observe dans la topographie respective du testicule et de l'épididyme.

Sur la face interne de l'épididyme, la vaginale, ai-je dit, plonge en cul-de-sac entre cet organe et le testicule ; la profondeur de ce cul-de-sac est très inégale.

Quelquefois son fond dépasse les limites de la face épididymaire interne et atteint le bord postérieur du testicule (*fig. 16*).

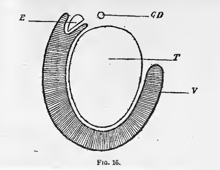


Fig. 16.

Ailleurs, la vaginale ne franchit pas les frontières épididymaires ; déjà le cul-de-sac est moins profond (*fig. 17*).

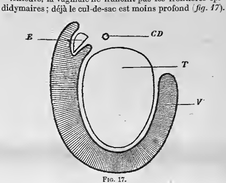


Fig. 17.

Sur tel cadavre, c'est à peine si la séreuse s'engage dans le sillon épididymo-testiculaire (*fig. 18*).

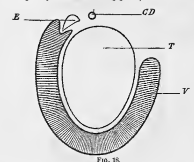


Fig. 18.

Sur tel autre sujet, même, on voit la vaginale passer, pour ainsi dire, comme un pont au-dessus du testicule et de l'épididyme et franchir, sans y pénétrer, l'espace qui les sépare. Cette disposition est bien plus rare ; je l'ai vue cependant plusieurs fois (*fig. 19*).

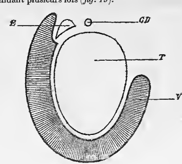


Fig. 19.

Les variétés sont nombreuses aussi dans la disposition de la vaginale sur la face externe de l'épididyme.

Assez souvent elle vernisse toute l'étendue de cette face externe et va se réfléchir, très en arrière, sur le bord postérieur du testicule, qui est alors tout entier inclus dans la cavité séreuse (*fig. 20*).

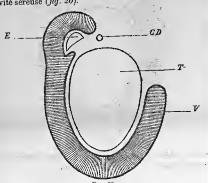


Fig. 20.

D'antres fois, elle ne recouvre qu'une portion plus ou moins étendue de cette face externe (*fig. 21*).

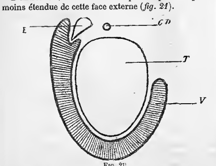


Fig. 21.

Enfin, j'ai vu la vaginale. abandonnant complètement la face superficielle de l'épididyme, passer directement de

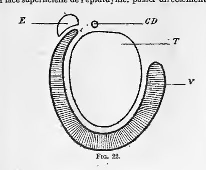


Fig. 22.

la face interne de cet organe sur les bourses, et laisser ainsi le corps épididymaire complètement en dehors de la cavité vaginale (*fig. 22*).

Telles sont les différentes dispositions qu'on peut observer; leur description montre bien, je pense, dans quelles proportions peut varier l'inclusion de l'épididyme dans la gargousse vaginale, combien variable doit être la situation de cet épididyme au milieu de la masse liquide de l'hydrocèle, et quelles formes nombreuses et différentes peut prendre le moule de substance solidifiable que l'anatomiste injecte dans le sac séreux péritesticulaire.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Des suppurations à distance dans l'appendicite.

(TRAVAIL DU SERVICE DE M. TUFFIER)

Par Emile Piard, ancien externe des hôpitaux.

(Suite.)

TRAITEMENT DES ABCÈS A DISTANCE. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

N'entreprendre une intervention qu'avec un diagnostic certain ; — en proportionner la gravité à celle des lésions qu'on veut guérir, de façon à ne pas ajouter, par l'acte opératoire, une nouvelle cause morbide à celles qui existent ; — agir, enfin, de telle sorte qu'on supprime, à la fois, l'effet immédiat du mal et sa cause première, préservant l'avenir en sauvegardant le présent : tels sont les termes de l'idéal thérapeutique que doit se proposer un chirurgien.

Pour essayer de résoudre le problème ainsi posé, nous examinerons successivement si les anciens procédés classiques du traitement de l'appendicite peuvent nous permettre de réaliser le desideratum que nous nous fixons en ce qui concerne les abcès à distance ; — si, au contraire, aux faits nouveaux il faut imposer de nouveaux modes d'intervention ; — quelles sont, enfin, les indications qui naissent des diverses circonstances cliniques et quels moyens s'offrent à nous pour y répondre suivant les cas.

Dès l'abord, les faits abondent pour nous prouver que les procédés classiques sont insuffisants dans certains cas d'appendicite avec abcès à distance.

Après l'incision ilio-inguinale, Nélaton (Société de Chirurgie, 23 juillet 1895), Terrier (Société de Chirurgie, 8 juin 1892), d'autres encore perdent leurs malades en quelques jours après une rémission plus ou moins longue. Après la laparotomie même, des foyers éloignés échappent à l'intervention amenant une terminaison fatale.

La cause de ces échecs, si elle paraît dépendre, d'une part, de la tendance à l'infection générale du processus lui-même, reconnaît évidemment une autre cause : c'est la prudence des opérateurs commandée par la règle qui, peu à peu, s'est imposée de respecter les adhérences limitant le foyer primitif, et de préférer l'incision ilio-inguinale à la laparotomie médiane.

Or, les faits anatomiques sur lesquels nous nous sommes longuement étendus nous montrent la distance souvent énorme qui sépare les foyers secondaires du foyer primitif. Il est donc incontestable qu'on ne peut espérer

les atteindre par une incision trop éloignée, mal placée et en marquant un respect trop scrupuleux pour les fictives limites de l'enkystement péritonéal. A ces faits nouveaux, il faut parer par d'autres procédés opératoires.

Notre tâche consiste à les discuter, à propos de chacune des catégories de suppurations que nous avons étudiées.

Abcès à distance de la fosse iliaque. — Pour les suppurations à distance de la fosse iliaque, circonscrites ou diffuses, nous ne dirons rien ou très peu de chose. Peu importe, pour l'opérateur, le mode de production de ces collections, une fois diagnostiquées, elles tombent sous l'incision classique ilio-inguinale ; seules leurs fusées pourront commander des contre-ouvertures, une incision lombaire supplémentaire, — un débridement du diverticule crural, — une exploration pelvienne, — même une boutonnière vaginale. L'abcès ouvert, on se règle sur la direction de ses fusées lointaines, si l'écoulement de pus ne paraît pas assuré par une seule voie. L'important est de connaître la fréquence de ces fusées et de les rechercher à leur siège ordinaire.

Abcès à distance de la cavité péritonéale. — Les abcès à distance de la cavité péritonéale nous semblent, au contraire, appeler une discussion plus approfondie, dont nous trouvons tous les éléments dans les séances de la Société de Chirurgie de juillet 1895.

Aucune conclusion n'a été tirée des faits rapportés au cours de ces séances, chaque chirurgien n'a tenu compte que de sa pratique personnelle, mais une morale pourtant paraît se dégager de l'ensemble des communications, c'est celle que nous avons signalée plus haut : l'insuffisance des règles opératoires actuelles devant certaines formes d'infection péritonéale.

Le rôle du chirurgien est évidemment difficile à fixer. La laparotomie médiane d'emblée est certainement inférieure à l'incision ilio-inguinale dans les suppurations enkystées, elle ne permet pas d'éviter sûrement une diffusion opératoire de l'infection ; elle ne permet pas d'atteindre, de vérifier et de réséquer aussi aisément l'appendice. Pourtant la laparotomie médiane ou sur le bord externe du muscle droit peut seule permettre de parer à une péritonite généralisée ou d'atteindre un abcès lointain de la fosse iliaque. Il semble donc, de prime abord, que le choix soit facile et qu'on puisse dire ; Abcès enkysté, incision ilio-inguinale ; — péritonite généralisée, laparotomie.

Mais la connaissance de la péritonite enkystée à foyers multiples vient jeter la confusion dans cette harmonie; quand elle se présente, on observe généralement un foyer iliaque qui paraît enkysté, et pourtant l'incision ilio-inguinale est insuffisante d'un côté, la laparotomie semble dangereuse de l'autre.

L'énigme est moins insoluble qu'elle ne paraît. Nous avons pour nous éclairer la connaissance des faits cliniques et de l'évolution morbide dans ce mode de péritonite, qui nous permet d'en faire le diagnostic : Nous savons que d'emblée l'état général est plus grave, les symptômes péritonéaux plus accusés, les signes de pseudo-étranglement presque constants. Cet ensemble de symptômes nous paraît suffisant pour nous empêcher de prendre comme guide la seule collection iliaque palpable et pour nous déterminer à rechercher par un chemin commode les autres abcès latents dont l'existence modifie la classique symptomalogie.

Quel sera donc ce chemin ? Pour le fixer, examinons le siège le plus fréquent des abcès à distance : nous les trouvons dans la région vésicale (Nélaton), dans le petit bassin (Monod), dans la fosse iliaque gauche (Monod), entre les anses intestinales aux environs de la collection principale (Terrier), en haut, enfin, à l'angle des côlons ascendant et traverse, sous le diaphragme (Jalaguier-Routier). Une seule incision permettra de les atteindre tous, la laparotomie médiane suffisamment étendue : en présence d'une péritonite enkystée à foyers multiples, c'est à elle que nous recourrons.

Malheureusement cette conclusion ne suffit pas; le ventre ouvert, que trouverons-nous et que ferons-nous ? Parfois, d'emblée, nous tomberons sur une collection bien limitée, nous l'évacuerons: puis, nous tournant sur la fosse iliaque, nous viderons de même l'abcès péricæcal, la conduite sera toute simple. Souvent elle est plus compliquée, le ventre ouvert, la collection iliaque évacuée, nous avons tendance à nous arrêter devant la péritonite plastique qui la limite; nous craignons de décoller les anses intestinales agglutinées et de diffuser l'infection dans le péritoine, et pourtant, l'étendue même de cette péritonite plastique est l'indice d'une contamination étendue de la séreuse, ses fausses membranes masquent un abcès profond; devons-nous respecter cette barrière ou la rompre résolument ?

Sur ce point on discute indéfiniment; chaque chirurgien défend sa conduite qui est plus souvent l'expression de son tempérament que celle de son raisonnement en l'absence de renseignements précis. Les uns font toujours une exploration minutieuse, ne ferment le ventre qu'après en avoir fouillé les recoins, tels sont : Tuffier et Routier (Société de Chirurgie, 16 octobre 1895) ; les autres ne recherchent que le foyer principal et évitent de rompre toute adhérence, une fois ce but atteint (Quénu, Société de Chirurgie, 16 octobre 1895). Personnellement, nous estimons, appuyés sur l'autorité de Nélaton (Société de Chirurgie, 16 octobre 1895), que ces deux manières d'agir peuvent se défendre dans d'autres circonstances, mais nous adoptons résolument la première, l'exploration attentive et complète, quand existent les signes de forte présomption, sinon de certitude, d'une péritonite enkystée à foyers multiples.

Cette forme de péritonite étant l'expression d'une infection générale, nous ne concevrons pas qu'on s'expose à infecter la séreuse en évacuant les collections qu'elle contient, par la rupture des adhérences qui les limitent. Encore qu'on s'y exposât, la conduite que nous venons d'indiquer est la seule logique, puisqu'elle peut donner l'espoir d'une guérison qui, autrement, est impossible.

La péritonite enkystée s'affirme parfois, non seulement par des symptômes généraux, mais par des symptômes physiques de plusieurs collections dans l'observation de Mickulicz qui, le premier, a signalé cette forme de péritonite; il y avait une collection à droite, une collection à gauche, sensibles toutes deux à la palpation de l'abdomen, que ce chirurgien a évacuées par deux incisions isolées au siège même des abcès. Une conduite semblable serait évidemment indiquée dans des cas analogues, mais elle ne

nous paraît pas donner une certitude égale à la laparotomie qui ne laisse pas échapper un foyer latent.

Enfin, dans les abcès péritonéaux à distance qui apparaissent tardivement, souvent vingt jours après l'intervention sur la fosse iliaque, il y a lieu de distinguer si ces abcès peuvent être exactement localisés, auquel cas, on les abordera directement, ou s'ils ne se manifestent que par de nouveaux symptômes péritonéaux, qui imposeront la laparotomie médiane résolument exploratrice, seul procédé qui permette de tenter le salut du malade.

En résumé, en présence des signes d'une péritonite enkystée à foyers multiples, l'incision ilio-inguinale nous paraît à la fois insuffisante et irrationnelle, le respect scrupuleux des adhérences péritonéales exagéré.

L'incision de choix est à nos yeux la laparotomie médiane qui permettra à la fois de soigner convenablement le foyer iliaque, si par suite d'une erreur il existe seul, de nettoyer la cavité péritonéale si la péritonite est généralisée, d'évacuer enfin les divers foyers purulents si le diagnostic est exact.

La laparotomie devra être suivie d'une exploration consciencieuse du ventre, avec examen des sièges électifs signalés plus haut des abcès à distance et sans s'arrêter devant la rupture éventuelle des fausses membranes d'enkystement.

Chaque foyer sera soigneusement désinfecté et au besoin un lavage général du péritoine exécuté.

La laparotomie est également le traitement de choix d'un abcès à distance tardif se manifestant quelques jours après l'intervention classique sur l'appendice.

Si les abcès multiples, précoces ou tardifs, peuvent être localisés, grâce à leurs signes physiques, on pourra préférer à la laparotomie des incisions multiples portant isolément sur chaque collection.

Abcès à distance de la paroi abdominale. — D'un pronostic beaucoup moins grave que ceux du péritoine, les abcès à distance de la paroi abdominale donnent lieu, au point de vue du traitement, à des considérations moins étendues et moins intéressantes.

Ils appellent directement l'intervention, réglant, par leur situation et leur étendue, la direction et la dimension de l'incision curatrice.

A cette simple incision, à la désifection de la poche, à une contre-ouverture déclive parfois, se bornent d'ailleurs le plus souvent les indications thérapeutiques qu'ils imposent. Par cette simple manière d'agir nous les voyons guérir rapidement sans trajet fistuleux, sans complication.

Ils se distinguent entièrement par cette tendance rapide à la guérison des abcès qui peuvent les simuler, comme nous l'avons vu, mais qui tiennent à un rapport anormal de l'appendice avec la paroi abdominale. Ces derniers, nettement différenciés le plus souvent par la nature fécaloïde de la suppuration, restent fistuleux après l'incision simple : leur rapport direct avec l'appendice, élément permanent de réinfection de la poche, en donne une claire raison. Pour la cure radicale de ces suppurations la recherche et l'ablation de l'appendice s'impose de prime abord ou plus tard. Elle nous semble le complément immédiat indiqué de l'opération, puisque nous sommes en mesure, grâce aux caractères que nous avons établis, de faire le diagnostic de cette catégorie d'abcès, après leur ouverture.

D'ailleurs, même lorsqu'il s'agit de suppurations à distance proprement dites, la question de l'ablation de l'appendice peut se poser : nous savons que Marchand, que Roux, après l'incision d'un phlegmon à distance, n'ont pas hésité à pousser plus loin l'intervention, à ouvrir le ventre et à rechercher l'appendice, et leur conduite paraît avoir été légitimée par les lésions qu'ils ont découvertes : corps étranger (Marchand), phlegmon périappendiculaire (Roux); d'autre part, Tuffier et Gallois se sont contentés d'évacuer la collection pariétale sans ouvrir le péritoine.

(*A suivre.*) (*Archives générales de Médecine.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

Traitement des cystites tuberculeuses chez l'homme.

M. Routier (de Paris) croit qu'au point de vue du traitement la cystite tuberculeuse peut être divisée en deux périodes distinctes.

Dans la première, on a recours à un traitement général : régime lacté partiel, huile de foie de morue créosotée, frictions révulsives sur les reins et l'abdomen, bains salés, Mais, comme on le voit, M. Routier n'intervient pas au point de vue local; il s'abstient d'instillations comme de lavages. Cette première période, l'orateur tâche de la faire durer le plus longtemps possible.

Plus tard, au moment où les mictions sont trop fréquentes, où elles deviennent par trop sanglantes, lorsque les douleurs et les envies d'uriner empêchent le malade de dormir, M. Routier s'adresse à la cystostomie sus-pubienne. Les ulcérations vésicales sont-elles trop nombreuses, il les touche au thermo-cautère.

Lorsque le méat hypogastrique fonctionne bien, et que les douleurs se sont calmées, par ce méat il pratique des lavages boriqués. Ces lavages sont ensuite pratiqués par la voie uréthrale. Bientôt la capacité vésicale est de nouveau à peu près normale; elle atteint 140 à 160 grammes. Ce résultat, définitivement obtenu, après quelques mois, il renferme le méat hypogastrique.

Telle est la méthode de l'orateur, longue, il est vrai, mais sans danger, et capable de donner des résultats encourageants.

Influence du système nerveux sur la production du prolapsus utérin.

M. Reynier (de Paris). — Si le prolapsus utérin dépend, chez les femmes âgées, d'une sénilité du système nerveux et de la perte de la tonicité musculaire, permettant l'abaissement de l'utérus, il ne saurait en être de même chez les femmes jeunes. Ici, c'est un trouble spécial du système nerveux qui doit être mis en cause.

C'est par l'étude du prolapsus utérin chez les vierges que cette pathogénie est le mieux mise en lumière. Trois cas personnels ont permis à l'orateur de s'en convaincre.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille amenée à l'hôpital dans un état de coma typhique. A travers l'hymen intact, il y avait un prolapsus utérin, qui fut aussitôt réduit. Trois jours plus tard la malade mourait, et l'autopsie fit voir les lésions classiques de la fièvre typhoïde.

Le second cas se rapporte encore à une fièvre typhoïde grave, avec état comateux. La malade se rétablit; mais pendant sa ma-

ladie il se fit un prolapsus utérin, à travers l'hymen intact. Il céda sous l'influence d'immersions répétées du siège dans l'eau froide.

Le dernier cas, enfin, est celui d'une jeune fille de dix-sept ans, chez laquelle, pendant une marche prolongée, survint un prolapsus utérin.

Il est facile de retrouver, dans tous ces cas, le trouble primitif du système nerveux. Dans les deux premières observations, il est sous la dépendance de l'infection; dans la troisième, il relève d'une dépense exagérée de force nerveuse.

La cause prédisposante de cette variété de prolapsus est donc bien dans le système nerveux. Si d'autres raisons ont été accusées par différents auteurs, telles qu'efforts de défécation, efforts de toux, il n'y faut voir que la cause occasionnelle de l'affection.

Du traitement des prolapsus génitaux.

M. Richelot (de Paris) insiste sur l'état diathésique des femmes atteintes de prolapsus génitaux. Ce sont des arthritiques qui ont les tissus fibreux relâchés, d'où les nombreuses ptoses qui peuvent se produire.

Le mécanisme intime des ces prolapsus consiste dans une descente du vagin. L'utérus suit, parce qu'il est faiblement suspendu.

Au point de vue pratique, il faut distinguer les prolapsus des parois vaginales avec cystocèle et rectocèle, et les prolapsus utéro-vaginaux, où l'utérus vient faire saillie.

Les principes de l'intervention sont les suivants : le déroulement des parois vaginales sera empêché par l'ablation de l'étoffe exubérante, par le rétrécissement du conduit et la réfection du corps périnéal.

On ne saurait attendre des résultats durables du cloisonnement de Le Fort, des fixations de l'utérus et du vagin, ni même de l'hystérectomie vaginale. Après cette opération, en effet, les parois vaginales n'en retombent pas moins. Le procédé de choix c'est la colporrhaphie qui enlève le tissu et occasionne le rétrécissement nécessaire.

A côté de cette colporrhaphie, qui est l'acte fondamental, les actes complémentaires concourront aussi à la réussite complète. Le principal de ces actes est l'amputation sus-vaginale dirigée contre l'hypertrophie du segment inférieur. On sait, en effet, que l'augmentation de volume du col de l'utérus entre dans l'affection pour une part sérieuse. Les autres interventions sont d'un intérêt secondaire; sans être inutiles, elles ne sont pas indispensables comme la précédente.

Quant à l'hystérectomie, elle n'est souvent pas nécessaire. L'amputation partielle est suffisante. Toutefois, devant une énorme hypertrophie utérine, devant un excessif relâchement des tissus, l'hystérectomie peut trouver son indication. Elle est naturellement tout à fait indiquée en cas d'utérus malade, fibromateux, cancéreux, ou accompagné de lésions des annexes.

Du traitement opératoire des prolapsus génitaux.

M. A. Boursier (de Bordeaux) donne le résultat des différents traitements opératoires qu'il a eu l'occasion de pratiquer pour les prolapsus génitaux. Mais auparavant il insiste sur la dystrophie des tissus et surtout du tissu musculaire si importante pour la pathogénie, le pronostic et le traitement de cette affection. Il faut bien savoir que la récidive est d'autant plus à craindre que la dystrophie acquiert un degré plus intense.

L'intervention opératoire consiste souvent en opérations multiples. Avant tout il faut placer les restaurations périnéales, auxquelles s'adjoindront d'autres opérations variant avec les indications particulières.

La statistique de l'orateur porte sur 17 prolapsus, qu'il divise en trois groupes.

Le premier comprend les malades présentant un abaissement utérin intra-vaginal, avec chute incomplète du vagin accompagnée de cystocèle ou rectocèle. Dans ces cas, le traitement se fait par le curettage, l'amputation du col, avec colpopérinéorrhaphie.

Ce groupe comprend 9 opérées. L'une est morte d'embolie pulmonaire, quelques jours après avoir été opérée. Les 8 autres ont été opérées avec un bon résultat. Une seule de celles-ci avait une récidive partielle après quelque temps.

Le second groupe est constitué par 4 malades avec prolapsus interne plus accusé, avec cystocèle et rectocèle importantes. Deux d'entre elles avaient de l'incontinence d'urine. Trois de ces malades ont été traitées comme celles du groupe précédent. avec en outre une colporrhaphie antérieure. La quatrième a également subi le traitement précédent, mais avec une torsion uréthrale. Le résultat est le suivant : trois bons résultats immédiats, dont un a récidivé trois mois après l'opération ; un insuccès par suppuration partielle de la suture périnéale.

Reste le troisième groupe. Il comprend trois cas de prolapsus totaux et un cas de récidive post-opératoire peu accentuée. Ici encore l'orateur a fait des restaurations périnéo-vaginales, auxquelles il a ajouté une opération d'Alexander une fois, et deux fois une hystéropexie abdominale. Le cas où il est intervenu par l'Alexander n'a pas été heureux; il s'est en effet fait un phlegmon grave de la paroi abdominale. Les trois autres malades ont donné de bons résultats immédiats. Une seule fois est survenue une récidive partielle chez une femme chez qui avait été faite l'hystéropexie.

En résumé, sur 16 opérées l'orateur a obtenu 5 mauvais résultats se décomposant comme suit : 2 cas à insuccès immédiat par accidents opératoires, tels que suppuration du périnée et phlegmon de la paroi abdominale, 3 cas à récidives après guérison temporaire.

Ces trois derniers cas méritent une observation attentive. Dans les trois cas, il y avait un degré de dystrophie très marqué. Aussi peut-on en conclure que la dégénérescence primitive des tissus et surtout celle des muscles a plus d'importance au point de vue de la récidive que le degré même de la lésion primitive, et cela, indépendamment du nombre et de la nature des opérations par lesquelles on est intervenu.

Traitement des infections péri-uréthrales.

M. Vigneron (de Marseille) rappelle à l'assemblée la fréquence de l'infection des glandes uréthrales au cours des uréthrites. Six fois il a pu intervenir pour ces infections et ces six cas se rapportent à des infections siégeant dans la première portion de l'urèthre pénien.

Cette infection peut se limiter aux culs-de-sac glandulaires, ou bien elle en dépasse les parois, va jusqu'au tissu cellulaire périglandulaire; c'est ainsi qu'elle donne naissance à d'assez forts abcès péri-uréthraux.

Le traitement chirurgical s'impose pour toute glande infectée; il s'impose d'autant plus quand il s'agit d'abcès ou de fistule. En effet, laisse-t-on ces abcès abandonnés à eux-mêmes, ils produisent une cavité infectée impossible à laver, qui se vide mal dans l'urèthre ; par sa présence, la suppuration de l'urèthre reste continue ou intermittente. Bien plus, ils peuvent s'ouvrir vers la peau ; c'est alors à des fistules externes qu'on a affaire, avec tous leurs ennuis et toutes leurs conséquences. Ces abcès sont aussi susceptibles de laisser, après une guérison apparente tout à fait complète, un diverticule profond vers l'urèthre. Ce diverticule servira de point d'appel à de nouveaux abcès péri-uréthraux, si une nouvelle infection uréthrale se produit, comme la chose est toujours à craindre.

Il est donc non seulement logique, mais nécessaire, autant que possible, de recourir au traitement chirurgical.

L'orateur y a eu recours six fois et voici comment il a procédé :

Il a fait, tout d'abord, une large ouverture de l'abcès ou une

incision du trajet fistuleux. Puis, il a détruit la poche on letrajet, en employant la curette tranchante, afin de venir à bout des lambeaux qui peuvent persister. Un liquide antiseptique a désinfecté par la suite la plaie; et, dans les cas où il l'a pu, l'auteur a terminé par la suture.

Du reste, il ne faut pas arrêter les lavages uréthraux après l'opération; on les continuera, mais à faible pression.

Dans les six cas que rapporte l'auteur, il a obtenu un résultat parfait. Cinq fois, il a tenté la réunion par première intention, quatre fois elle a réussi. Dans les 6 observations, en tout cas, la cicatrice s'est faite et, ce qui est tout aussi important, elle s'est maintenue.

Quant à l'écoulement urétbral, il a rapidement disparu après cette intervention, bien que souvent ancien et rebelle. Le foyer péri-uréthral oblitéré, l'écoulement a guéri, ce qui prouve bien qu'il était entretenu par ce foyer.

Plaie de la vessie par empalement.

M. Malherbe (de Nantes) rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans, qui tomba sur une grille terminée en fers de lance et s'empala par le pli inguino-crural. Par la plaie faisaient hernie l'épiploon et une anse intestinale, qui furent réduits et dont la réduction fut suivie d'un tamponnement iodoformé.

Quelques jours plus tard, on vit de l'urine sortir par la plaie; des injections de lait dans la vessie montrèrent bien, d'ailleurs, qu'on se trouvait en présence d'une lésion de la vessie.

Voici ce qui s'était passé : la branche horizontale du pubis avait été fracturée, comme le montrait le cal qu'on put constater par la suite.

Expérimentalement, on vit que le corps vulnérant avait abordé le trou obturateur par sa partie la plus interne; il lui avait été aisé, de la sorte, de briser la branche horizontale du pubis. De là, il s'était engagé le long de la vessie, facile à déchirer, surtout si elle était distendue.

Résection des canaux déférents et castration dans l'hypertrophie de la prostate.

M. Loumeau (de Bordeaux) a eu l'occasion de traiter chirurgicalement six malades atteints d'hypertrophie de la prostate avec rétention chronique remontant à plusieurs années.

Quatre de ces malades ont subi la résection double et simultanée des canaux déférents. Tous quatre n'en ont pas moins continué à présenter une rétention complète. Mais, fait intéressant et, du reste, facile à prévoir, deux de ces malades, qui étaient affectés de fréquentes orchites de cathétérisme, virent ces orchites cesser après leurs opérations.

Deux autres prostatiques ont été traités par la castration double, qu'ils ont acceptée sans hésitation. Chez eux, le cathétérisme était devenu difficile et leur état ne pouvait s'accommoder des rudes travaux des champs auxquels il étaient forcés de se livrer.

Le premier de ces deux malades vit sa rétention complète cesser au bout de seize jours et se transformer en rétention incomplète. Aussi n'eut-il plus à employer la sonde que deux fois par jour. Le reste du temps, il put uriner spontanément.

Quant à la prostate, elle a également été améliorée dans son volume et sa consistance. De plus, ce malade était porteur d'un petit calcul vésical. L'introduction du lithotriteur avait été impossible avant la castration; douze jours après cette opération, elle ne présenta pas de difficultés.

Le second malade a été guéri de sa rétention complète trente-six heures après la castration. Depuis ce moment, il peut uriner sans se sonder et la vessie se vide complètement dans ces mictions. Quant à la prostate, elle n'a guère changé sous l'influence de la castration.

Enfin, ces deux malades ont bénéficié de la prothèse testiculaire. Il ont ainsi l'illusion d'avoir été guéris par une opération moins grave que la castration et, malgré leur orchidectomie, si utile pour leur fonction vésicale, ils croient n'avoir pas perdu leur virilité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre. — Présidence de M. Monod.

Entérorrhaphies circulaires pour gangrène de l'intestin consécutive à des hernies étranglées.

M. Jalaguier. — **M. Barette** (de Caen) a fait trois cas d'entérorrhaphies circulaires pour des gangrènes de l'intestin, s'étant produites après des hernies étranglées.

Les trois observations ne comportent guère de discussions. Elles constituent trois succès de chirurgie intestinale et, certainement, la conduite tenue par M. Barette est de beaucoup la meilleure.

De la pathogénie de l'appendicite.

M. Broca. — Je crois, comme MM. Brun, Walther et Jalaguier (Voir *Gazette Médicale* du 5 décembre), que le processus de cavité close est plutôt un processus de guérison. Il ne me semble pas admissible de voir dans la transformation de l'appendice en cavité close la cause même de l'appendicite.

La pathogénie de l'appendicite me semble être, le plus souvent, liée à l'infection si facile de cette partie de l'intestin, à cause de sa constitution histologique, et je ne saurais que confirmer ce qui a été dit à la dernière séance sur cette question.

M. Bazy. — Je me suis déjà efforcé de réclamer le droit de cité pour la vieille typhlite, aujourd'hui délaissée. Mais le vent étant à l'appendicite, ma tentative de réhabilitation n'a eu aucun succès. Je reviens sur cette question et je continue à croire que, lorsqu'il y a une tumeur oblongue dans le ventre, allongée de haut en bas, avec troubles digestifs, il faut bardiment dire qu'on est en présence de typhlite.

L'appendice, en effet, n'a pas un rôle exclusif. Les organes avoisinants, cæcum et iléon, ont la même structure que l'appendice. Rien d'étonnant, par conséquent, à ce qu'ils soient le siège des mêmes accidents.

Au reste, voici une observation démonstrative à cet égard : Je recevai, il y a quelque temps, à l'hôpital, une femme présentant le tableau classique de l'appendicite ordinaire. Aussitôt, je suis intervenu et voici ce que j'ai rencontré : J'ai vu, aussitôt après mon incision, le cæcum adhérent; j'ai dégagé les adhérences et j'ai vu une petite ulcération du cæcum, nullement en rapport avec l'appendice. J'ai vu, de plus, qu'il y avait aussi une lésion appendiculaire, caractérisée par un rétrécissement de l'appendice. Ce rétrécissement, du reste, n'a pu exercer d'influence sur les lésions de l'appendice; il en était la conséquence.

L'ablation de l'appendice permet la guérison de tous les accidents. Quelquefois, la seule ouverture de l'abcès suffit à amender ces accidents.

L'appendice ne pouvant toujours être mis en cause, la théorie du vase clos ne peut évidemment tout expliquer.

La théorie du vase clos aurait pour conséquence fatale l'ablation constante de l'appendice; cette ablation aurait pour conséquence la guérison des accidents. Or, les choses ne se passent pas ainsi et c'est pourquoi il faut rendre au cæcum la part qui lui revient dans les accidents dits appendiculaires.

M. Tuffier. — Je crois absolument que, dans l'appendice, les lésions inflammatoires sont les mêmes que dans les autres canaux; les choses se passent de la même façon. C'est toujours le même processus pathologique.

Je diviserai volontiers, d'après cette considération, les appendicites en appendicites sans rétention et en appendicites avec rétention, où il y a un obstacle qui commence par le rétrécissement et peut finir par le vase clos.

Le seul fait spécial à l'appendice, c'est la gangrène. Mais je crois — ceci dit sous toutes réserves — que c'est surtout dans les cas de corps étrangers de l'appendice que cette gangrène fait son apparition; c'est surtout dans les cas de calculs qu'il m'a semblé la rencontrer.

Je veux terminer cette communication en appelant encore votre attention sur un autre point.

Il ne faut pas confondre les appendicites à répétition avec des phénomènes d'obstruction intestinale. J'ai récemment opéré, avec M. le professeur Terrier, un enfant qui présentait depuis longtemps des accidents appendiculaires à rechutes. Il eut bientôt un abcès de l'appendice qui s'ouvrit dans le cæcum. C'est quelque temps plus tard que nous sommes intervenus. Nous avons vu le cæcum couvert de brides cicatricielles; l'appendice avait disparu. Cet enfant avait eu des accès successifs d'obstruction intestinale par suite de ces brides cicatricielles, qui ont donné le change et ont laissé croire à des accès d'origine appendiculaire. Ce fait m'a engagé à vous signaler ce point, qui me semble mériter qu'on s'y arrête.

M. Quénu. — Je trouve que dans la pathogénie de l'appendicite deux questions un peu différentes doivent être envisagées; la pathogénie de la première attaque d'appendicite et la pathogénie des différentes poussées appendiculaires. La première attaque d'appendicite relève évidemment d'un excès de virulence des microbes de l'appendice, mais je crois aussi que la théorie du vase clos ne doit pas être invoquée comme cause générale de cette appendicite.

Sur la seconde question, il y a une complexité plus grande. En effet, je crois qu'on a confondu, sous le nom d'attaques appendiculaires, des faits absolument dissemblables. Il est des cas où les brides épiploïques jouent un rôle considérable et sont si abondantes que le cæcum est absolument immobilisé contre la paroi postérieure de l'abdomen. J'ai, dans deux cas, été tout à fait étonné de voir que l'appendice avait absolument disparu au milieu de cette production de brides fibreuses. Dans un de ces cas, on avait pris pour de l'appendicite deux ganglions que j'enlevai et dont la culture resta stérile.

Hier encore, j'opérai un malade chez qui je trouvai un épiploon absolument adhérent au cæcum. Je recherchai l'appendice. Il n'en restait plus qu'un morceau long à peu près d'un centimètre.

Donc, à la suite de l'appendice, il peut exister des accidents de causes diverses : abcès gangreneux ayant remplacé l'appendice, brides épiploïques qui montrent la diversité des accidents englobés sous le terme général de poussées appendiculaires.

M. Reclus. — La théorie du vase clos est certainement inapplicable à tous les faits. Pour ma part, j'ai une théorie générale qui me semble répondre à peu près à tous les cas d'appendicites; c'est celle de la stagnation. Tous les liquides, lorsqu'ils stagnent, donnent naissance à des phénomènes de fermentation. C'est ainsi que l'urine stagnante fermente dans la vessie. Le cæcum devient, lui aussi, le siège d'une fermentation; il est ainsi réduit au rôle de diverticule avec stagnation placé sur le trajet du tube intestinal. L'appendice forme un second diverticule annexé au premier.

On peut diviser, je crois, les appendicites en trois catégories. Les unes sont de causes purement locales : les corps étrangers jouent un rôle fort important, trop laissé dans l'ombre; cette catégorie est très fréquente. Dans une seconde catégorie, je mettrai les altérations de voisinage qui se sont communiquées à l'appendice, et y évoluent avec plus de gravité que partout ailleurs, à cause de la structure de l'appendice. J'admettrai volontiers une troisième catégorie beaucoup plus obscure, je veux parler des appendicites survenant après une maladie générale. M. Jalaguier en a touché un mot l'autre jour, et a fait connaître une observation importante se rapportant à cette catégorie.

Le vase clos me semble être, pour sa part, un mode de guérison; mais de nombreux faits plaident contre l'idée qui en fait la cause de l'appendicite.

J'ajouterai encore un mot à propos de la gangrène qui survient dans l'appendicite. Dans l'observation de M. Jalaguier, il y avait nettement gangrène de l'appendice, et cependant on ne se trouvait en présence d'aucun corps étranger. La remarque que faisait M. Tuffier à l'instant même ne me semble pas justifiée, comme ce fait vient encore le prouver.

Recherches expérimentales à propos de la chirurgie thoracique.

M. Quénu. — Avec M. Longuet j'ai fait sur soixante chiens des expériences ayant pour but de faciliter les adhérences pleurales; celles-ci permettront de faire avec plus de sûreté les différentes opérations qui se pratiquent sur le poumon.

Cette question a déjà été agitée à la Société de Chirurgie, qui s'était à ce propos divisée en deux camps. Les uns croyaient qu'il ne fallait pas attacher de grande importance à l'entrée de l'air dans la plèvre. Les autres y voyaient au contraire un obstacle de premier ordre empêchant la pratique courante de la chirurgie du thorax.

Pour ma part, je ne crois pas négligeable la pénétration large de l'air dans la plèvre. La fréquence des accidents qui se sont montrés dans ces conditions ressort en effet de nombreuses observations, se rapportant à des faits cliniques tant qu'à des faits expérimentaux.

Lorsque des adhérences partielles ou totales manquent, il se produit des pneumothorax qui, non seulement peuvent entraver l'opération, mais sont souvent longs à guérir.

Avec M. Longuet, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas moyen de provoquer des adhérences pleuro-pleurales pour éviter cette fâcheuse complication.

Les expériences ont été commencées au mois de mai. Soixante chiens ont été anesthésiés au chloroforme, après injection de morphine. Nous avons tâché d'être aussi aseptiques qu'il y a moyen de le faire; c'est un point capital sur lequel nous ne saurions trop insister, et qui a certainement influé sur nos conclusions.

Nous pensions, au début de nos expériences, que provoquer des adhérences était chose extrêmement facile. Nous avons eu recours à différents procédés : ignipuncture, acupuncture, électrolyse, caustiques (nitrate d'argent, chlorure de zinc, potasse caustique), agglutinatifs. Tous ont échoué. Aussi avons-nous alors songé à recourir aux moyens mécaniques : harpons, grandes aiguilles. Ici encore insuccès absolu. Enfin nous nous sommes adressés aux procédés chirurgicaux : suture de la plèvre. L'idée de cette suture revient à M. Poulet. Vautrin l'a proposée à nouveau en 1891. Roux croit, par ce moyen, pouvoir provoquer un accolement des deux plèvres. Mais cette pratique ne paraît pas devoir donner des résultats complets. La suture, dans d'autres cas, a été faite secondairement, c'est-à-dire une fois la plèvre ouverte. Il n'est pas non plus démontré que cette suture ait été d'une grande utilité dans les cas publiés.

Quoi qu'il en soit, la suture nous paraissant offrir le plus de chances de succès, c'est cette opération expérimentale que nous avons multipliée. Nous avons obtenu d'assez bons résultats en faisant une suture spéciale à laquelle pourrait s'appliquer le nom de *costopneumopexie*.

Cette opération nous a permis de fixer le poumon, comme le montrent les pièces ci-jointes provenant des autopsies des chiens qui ont servi à nos recherches expérimentales.

De ces dernières découlent plusieurs résultats dont voici l'exposé :

1° Il est certain qu'on ne peut déterminer d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre sans produire un léger degré d'infection. Sera-t-il possible un jour de jauger cette infection ? On ne

saurait le dire. Mais c'est le seul moyen qui permette de provoquer des adhérences pleuro-pleurales.

2° Il n'y a pas d'autre moyen d'appliquer le poumon contre la plèvre que d'exercer une pression intérieure très forte à l'intérieur du poumon. M. Tuffier est arrivé à cette même conclusion. Nous avons pensé y parvenir en faisant respirer de l'air comprimé à nos chiens à l'aide d'un dispositif très simple. Les résultats obtenus ont été assez bons pour que je n'hésite pas, le cas échéant, à y avoir recours, après avoir fait une trachéotomie préalable. La difficulté de provoquer des adhérences me conduit à user de ce second moyen, qui a en outre l'avantage d'hémostasier le poumon.

Présentations de malades.

M. Ferraton présente un malade atteint de mycose cervicale, qui avait eu plusieurs fistules, aujourd'hui guéries et remplacées par une plaque indurée et résistante.

M. Faure présente une laparotomie pour péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vésicule biliaire. La guérison a été parfaitement obtenue.

M. Quénu montre un malade qui a été opéré par M. Beurnier trois heures après avoir reçu un coup de pistolet dans l'abdomen. Il est aujourd'hui tout à fait guéri.

M. Delorme présente la photographie, par rayons Rœntgen, d'une main dans laquelle s'était enfoncée un aiguille. Lorsque l'orateur voulut intervenir, l'aiguille ne se trouvait plus à l'endroit indiqué par la photographie. Sans doute avait-elle cheminée à l'intérieur de la main.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre.

Torsion du pédicule des corps fibreux sous-péritonéaux de l'utérus.

M. Schwartz démontre que la torsion du pédicule des corps fibreux utérins est assez rare, tandis que celle du pédicule des kystes de l'ovaire est bien connue. Il en a observé un cas chez une femme malade depuis quelques années, et dont l'état, après examen, nécessita la laparotomie. On trouva une masse grisâtre à la partie inférieure de l'abdomen, insérée sur la corne gauche de l'utérus par un pédicule tordu sur lui-même. La malade guérit, après que la tumeur eût été enlevée, ainsi que deux autres fibrômes à pédicules plus petits.

La tumeur ovoïde se montre à la coupe formée d'un tissu rouge, parsemée de gros vaisseaux et de zones apoplectiformes. Le pédicule est formé de péritoine doublé de tissu cellulaire et enserrant des trousseaux de fibres lisses et des vaisseaux.

L'examen microscopique montre qu'il s'y trouve les mêmes lésions que dans les kystes ovariques et les salpingo-ovarites à pédicule tordu.

La torsion du pédicule peut se manifester par des signes de péritonite grave, de septicémie aiguë et par de vives douleurs. Mais dans le cas actuel, les troubles se sont hornés à des symptômes de péritonite chronique adhésive.

Extraction d'un corps étranger de l'œsophage.

M. Péan expose le cas d'une enfant ayant avalé une pièce de cinq centimes. Pendant quelques jours elle put absorber assez facilement les liquides. Une grande gêne et quelques douleurs s'étant ensuite manifestées, on fit différentes tentatives d'extraction qui n'amenérent aucun résultat, et on soumit l'enfant à la radiographie. Celle-ci fut suivie d'une œsophagotomie externe. Le résultat fut satisfaisant, et l'enfant put être alimentée dès le premier jour, sans crainte que la nourriture ne passe par la plaie. Ce cas très intéressant prouve combien la radiographie est utile pour reconnaître la présence d'un corps étranger.

Intoxication saturnine par le lait conservé dans des boîtes de fer-blanc.

M. Gautier présente une communication de **M. Duchenne** (de Sainte-Anne-d'Auray) sur le cas d'un adulte présentant des symptômes d'intoxication aiguë après avoir bu du lait conservé dans une boîte de fer-blanc. Les mêmes symptômes s'étant reproduits chez un enfant, on soumit cette boîte à l'examen, et il fut prouvé que les soudures contenaient du plomb.

M. Gautier pense que le lait altéré peut se charger de plomb dans les boîtes de fer-blanc soudées et étamées. S'il suffisait que le lait frais fût conservé pendant quelques heures dans ces boîtes pour produire une intoxication, on verrait à Paris beaucoup d'accidents de ce genre.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 décembre.

Note sur quelques expériences à propos de la chirurgie du thorax.

MM. Quénu et **Longuet** disent que le pneumothorax est une complication grave dans un grand nombre d'interventions intra-thoraciques. Ils ont étudié si l'on peut pratiquer l'ouverture de la cage thoracique sans être entravé par l'air qui pénètre dans la cavité pleurale.

Après diverses expériences faites sur des chiens, ils ont conclu que seule l'infection atténuée peut amener une symphyse pleurale. La voie des adhérences provoquées restant sans résultat, ils ont cherché à maintenir une différence de pression entre l'air ambiant et l'air intra-alvéolaire, et ils ont eu recours à une augmentation de la pression intra-bronchique qui applique la séreuse du poumon contre l'ouverture faite à la cage thoracique. Ils ont essayé d'y arriver par une ligature de la trachée sur un tube en communication avec un réservoir d'air comprimé. Mais ils ont préféré un autre moyen consistant à faire respirer l'animal dans un milieu d'air comprimé, en emprisonnant la partie supérieure du corps dans un appareil semblable à celui des scaphandriers.

Cette dernière technique nous a montré quels avantages elle peut permettre d'obtenir, et combien il est commode pour les opérations de chirurgie du thorax d'avoir la surface pulmonaire maintenue contre la paroi thoracique.

Structure histologique du pancréas des oiseaux.

M. Pugnat montre que le pancréas des mammifères et des oiseaux est une formation complexe avec deux glandes différentes : l'une pancréatique proprement dite, l'autre vasculaire sanguine, de nature lymphoïde. De plus, chez les oiseaux, la première de ces glandes a la structure d'une glande tubuleuse ramifiée et réticulée ; on ne voit pas de cellules centro-acineuses dans le pancréas des oiseaux.

Conservation de la propriété agglutinante pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, avec rechute consécutive.

MM. Thiercelin et **Lenoble** citent le cas d'une jeune fille de dix-huit ans atteinte de fièvre typhoïde avec réaction agglutinante. Elle entra bientôt en convalescence et resta apyrétique pendant une dizaine de jours. On constata à cette période l'existence de la réaction agglutinante ; quatre jours plus tard, il se fit une rechute. La réaction est donc bien une réaction d'infection, et non une réaction d'immunisation.

Action du grand sympathique sur l'intestin grêle.

MM. **Courtade** et **Guyon** ont fait des expériences qui montrent que le sympathique thoracique n'a pas seulement une influence suspensive sur les mouvements péristaltiques, mais aussi une action différente sur chaque couche musculaire de l'intestin. Il diminue en effet la toxicité de la couche longitudinale, et augmente celle de la couche circulaire.

Virulence des muscles chez l'homme tuberculeux.

M. **Leclainche** a inoculé le jus de muscles de tuberculeux exprimé par pression dans la cavité péritonéale du cobaye. Les cobayes inoculés n'ont pas donné de résultats positifs. Chez l'homme, comme chez différentes espèces animales, il est exceptionnel de voir les muscles de tuberculeux présenter de la virulence.

NÉCROLOGIE

Le professeur Straus.

Mardi dernier, de nombreux amis et de nombreux élèves accompagnaient le cercueil — qu'aucune fleur ne décorait — du Dr J. Straus, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine. Le Pr Straus est mort subitement, à l'âge de 52 ans. C'était un savant très modeste qui forçait autant l'admiration par son désintéressement et la simplicité de ses goûts que par l'étendue de ses connaissances et son amour du travail.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les pharmaciens ne peuvent pas saisir la juridiction correctionnelle d'un délit d'exercice illégal de la médecine.

Dans son audience du 24 novembre dernier, le tribunal correctionnel de Paris a rendu un jugement qui déboute un pharmacien de sa poursuite contre un médecin pour violation de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

En effet, aux termes des articles 1er et 63 du Code d'instruction criminelle, le droit de la partie civile de saisir d'un délit la juridiction correctionnelle est subordonné à un intérêt exclusif et direct. Or, celui qui dirige une officine de pharmacie ne saurait soutenir avoir été lésé par le délit dont un médecin se serait rendu coupable en exerçant la médecine sous un pseudonyme. Son action, manquant de base, est non recevable.

Au surplus, il ressort manifestement des termes restrictifs de la loi du 30 novembre 1892 et des travaux préparatoires de cette loi que l'intervention civile devant le tribunal correctionnel n'appartient qu'à une catégorie de personnes et d'associations régulièrement constituées, au nombre desquelles les pharmaciens ne figurent pas; qu'à ce second point de vue, un pharmacien est sans droit pour réclamer une condamnation contre un médecin.

(*Semaine Médicale.*)

Les médecins ou les internes des hôpitaux peuvent-ils procéder à l'autopsie d'une personne décédée en arrivant à l'hospice ?

La Cour d'appel de Lyon a rendu il y a quelques mois un arrêt portant que lorsqu'aux termes du règlement, ce sont seulement les corps des personnes décédées à l'hospice qui peuvent y être soumis à l'autopsie, l'administration de l'hospice ne peut avoir aucun droit sur le corps des personnes décédées avant d'y avoir été reçues.

La même solution devrait être donnée en l'absence de règlement.

En conséquence, ladite administration est responsable si le corps d'une personne décédée en arrivant à l'hospice a fait l'objet d'une autopsie; et elle doit être condamnée à payer des dommages-intérêts à la famille de la personne défunte.

(*Semaine Médicale.*)

ACTES DE LA FACULTÉ

DE 14 AU 19 DÉCEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 14 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Heim. — 3e Oral (1re partie) : MM. Terrier, Tuffier, Varnier. — 3e (2e partie) : MM. Potain, Letulle, Widal. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tillaux, Marchand, Sebilean. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Ricard, Humbert, Delbet. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Gaucher, Gilles de la Tourette.

Mardi 15 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Guyon, Albarran, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Berger, Maygrier, Nélaton. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Quénu, Pozzi, Bar. — 3e (2e partie) : MM. Cornil, Chantemesse, Achard. — 5e (2e partie), Charité, (1re série) : MM. Jaccoud, Dehove, Charrin. — 5e (2e partie), Charité, (2e série) : MM. Laboulbène, Raymond, Marie.

Mercredi 16 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Sebileau, Poirier. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, André, Widal. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette, Weiss. — 2e Oral (1re partie) : MM. Ricard, Retterer, Walther. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Peyrot, Tuffier, Varnier. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Marchand, Humbert, Delbet. — 3e (2e partie) : MM. Fournier, Joffroy, Wurtz.

Jeudi 17 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Berger, Hartmann, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e Oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Laboulbène, Chantemesse, Ménétrier. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Raymond, Marie, Charrin. — 4e : MM. Proust, Gilbert, Thoinot.

Vendredi 18 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Thiéry. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (1re série) : MM. Terrier, Lejars, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker (2e série) : MM. Peyrot, Humbert, Sebileau. — 5e (2e partie), Necker : MM. Hayem, Gilles de la Tourette, Wurtz. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique Bandelocque : MM. Pinard, Varnier, Bonnaire.

Samedi 19 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Panas, Le Dentu, Albarran. — 2e Oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Hartmann, Thiéry. — 5e (2e partie), Pitié (1re série) : MM. Joffroy, Ménétrier, Achard. — 5e (2e partie) Pitié, (2e série) : MM. Raymond, Marie, Marfan. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bonnaire.

EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Samedi 19 décembre, à 1 heure. — 2e : MM. Pouchet, Gilbert, Quénu.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 16 décembre, à 1 heure. — *M. Rouger* : De la rougeole ecchymotique (MM. Potain, Netter, Letulle, Chauffard). — *M. Herbert* : Pathogénie des pleurésies traumatiques non purulentes (MM. Potain, Letulle, Chauffard, Netter). — *Mlle Reless* : Valeur diagnostique de la durée du premier bruit dans le rétrécissement mitral (MM. Potain, Chauffard, Letulle, Netter). — *M. Seguin* : De l'œdème aigu primitif du larynx (MM. Potain, Chauffard, Letulle, Netter). — *M. Fourmeaux* : Des injections sous-cutanées massives des solutions salines (MM. Potain, Chauffard, Letulle, Netter). — *M. Mendy* : De la valeur comparée de l'expectation armée et de la laparotomie dans les contu-

sions de l'abdomen par coup de pied de cheval (MM. Tillaux, Pinard, Bonnaire, Broca). — *M. Carrière* : Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle (MM. Pinard, Tillaux, Bonnaire, Broca). — *M. Royer* : Des hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés (MM. Pinard, Humbert, Bonnaire, Broca). — *M. Briend* : Etude sur les vomissements de la grossesse et sur leur traitement; emploi de l'eau oxygénée (MM. Pinard, Humbert, Bonnaire, Broca).

Jeudi 17 décembre, à 1 heure. — *M. Andreau* : Contribution à l'étude des résultats éloignés de la résection du coude, d'après la statistique de M. le docteur Lucas-Championnière (MM. Guyon, Cornil, Pozzi, Marfan). — *M. Croutes* : Contribution à l'étude de la parotidite saturnine (MM. Cornil, Guyon, Pozzi, Marfan). — *M. Marie* : L'infarctus du myocarde et ses conséquences; ruptures; plaques fibreuses; anévrysmes du cœur (MM. Cornil, Goyon, Pozzi, Marfan). — *M. Ferraez* : Ophtalmomalacie (MM. Panas, Tarnier, Bar, Nélaton). — *M. Bellin* : Contribution à l'étude des rapports entre la môle hydatiforme et le déciduome malin (MM. Tarnier, Panas, Bar, Nélaton). — *M. Helleu* : Procédé d'application du forceps permettant de se passer d'aides expérimentés (MM. Tarnier, Panas, Bar, Nélaton). — *M. Poncet* : Sur la constatation des bacilles de Koch dans les première manifestations de la tuberculose pulmonaire (MM. Dieulafoy, Dehove, Roger, Achard). — *M. Palas* : La toux pharyngée chez les enfants (MM. Dieulafoy, Dehove, Roger, Achard).

Vendredi 18 décembre, à 1 heure. — *M. Buthaud* : Recherches sur les causes d'irréductibilité et sur le traitement de quelques luxations du coude primitivement irréductibles (MM. Tillaux, Marchand, Tuffier, Broca). — *M. Barbadault* : Pathogénie et traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux (MM. Tillaux, Marchand, Tuffier, Broca). — *M. Prêdhomme* : De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes aiguës (MM. Tillaux, Marchand, Tuffier, Broca). — *M. Bron* : Kystes hydatiques du fémur (MM. Tillaux, Marchand, Tuffier, Broca).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Hôpital de la Pitié.

M. A. Robin : tous les lundis à 10 heures, à partir du 14 décembre, leçon de clinique thérapeutique (*traitement des pyélites; — médications de la tuberculose*).

En outre, des leçons de pathologie interne seront faites les autres jours de la semaine, à 10 heures, par des médecins attachés au service. Le mercredi, M. Bardet traitera de l'*hygiène culinaire*.

Hôpital Hérold.

Très prochainement seront mis en adjudication les travaux de transformation de l'hôpital Hérold en hôpital d'enfants. Le devis estimatif de ces travaux, dressé d'après les plans de l'architecte, s'élève, rabais déduit, à la somme d'environ un million de francs.

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Compoint, 9; Clermont, 12; Leclerc, 9; Louis Leroy, 9; Deschamps, 8; Bacaloglu, 12; Delestre, 12; Toupart, 10; Bufnoir, 12; Brécy, 12; Neveu, 8; Thorp, 5; Balthazard, 10; Pelisse, 11; Devé, 11; Pagniez, 12; Paris, 8; Zamfiresco, 10; Mousseaux, 11; Henri Bernard, 12; Verdin, 5; Wahl, 4; Bertrand, 9; Chauveau, 10; de Font-Réaulx, 12; Nass, 9; Tesson, 12; Battier, 7; Dide, 6; Palle, 9; Cochemé, 13; Rayaut, 11; Lagrange, 11; Ferrand, 9.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Pascaud, 8; Philippe, 16; Papon, 12; Nicolas, 16; Moineau, 17; Ouvrier, 14; Philibert, 12; Mignot, 11; Onfray, 16; Phelippon, 11 1/2; Mieulet, 8; Nigay, 9; Mazeyrie, 13; Phalip, 9; Pellagot, 14; Maussire, 9; Perreau, 14; Pouliot, 18; Pelizza, 11; Saurain, 11; Potiez, 7; Picard, 8; Mlle Sérard, MM. Menusier, 8; Mendelssohn, 4; Pernot, 3; Rihadeau-Dumas, 20; Provins, 12; Dreyfus, 6; Ménard, 14; Jean Périn, 16; Vouillac, 3; Mlle Medvednikoff, 15; MM. Podevin, 6; Pissot, 3; Pigot, 10; Pierrhugues, 17; Mesnil, 18 1/2; Mercadé, 18; Métivier, 9; Tourlet, 15; Tixier, 14; Nollet, 16; Tintrelin, 10; Marchais, 11; Tardif, 13; Stanculéanu, 14; Roglet, 16; Spindler, 12; Rivier, 16 1/2; Malartic, 13; Retournard, 13; Tournemelle, 18 1/2; Leven, 18; Lucius, 14; Louhet, 13; Picard, 14; Logerot, 13; Verdin, 13; Monsseaux, 18; Raoux, 10; Pochon, 14; Petit, 16; Nicaise, 17; Percheron, 17; Leraître, 13 1/2; Nass, 17; Lenglet, 17 1/2; Le Meignen, 16; Mielnet, 15 1/2; Leroy des Barres, 16; Pédeprade, 18 1/2; Mulon, 14; Pasquier, 11; Le Marguet, 14; Lœwy, 16; Turquet, 14; Mignon, 13; Sikora, 17; Lejonne, 12; Sichel-Dulong, 10; Lehman, 10; Palle, 12; Nicolaïdi, 16; Sauvage, 18 1/2; Rousseau, 13; Morély, 16 1/2; Saint-Cène, 8; Slatinéanu, 13.

Pathologie. — MM. Devaux, 16; Cruveilhier, 17 1/2; Cresson, 17; Daniel, 19; Delaage, 14; Dehou, 13; Mlles Delporte, 13; Dehains, 17; Mme Donzeau, 14 1/2; MM. Dehacq, 12; Costes, 12; Doazan, 14; Duché, 8; Dieu, 17 1/2; Dalmas, 5; Curie, 15; Cuissard, 14; Molinié, 10; Saurain, 15; Mlles Sérard, 19; Iscovesco, 17; MM. Durey, 14; Brisard, 17; Descomps, 10; Pissot, 10; Dobrovitch, 17 1/2; Dommartin, 18; Dauban, 12; Dausset, 13; Demarque, 12; Danos, 8; Frumusanu, 12; Dreyfus, 14 1/2; Armand Degorce, 14; Cahoche, 15; Jacomet, 18; Bellin, 14; Birman, 15; André, 15 1/2; Baranger, 14; Hélie, 13; Herscher, 16; Hauser, 16; Gueniot, 15 1/2; Bluzat, 15; Bochory, 11; Bonnard, 15; Hauviller, 14; Chevrey, 16; Janot, 17; Bonnel, 15 1/2; Bergeron, 16; Armand Bernard, 17; Fernique, 15; Bouzanques, 13; Collard, 17 1/2; Compoint, 15 1/2; Courtois, 15; Constols, 15 1/2; Gougis, 16; Jalaguier, 17; Goudard, 15 1/2; Brun, 15; Desjardins, 17; Cugnin, 15; Chauveau, 15 1/2; Célos, 16; Bizard, 16; Lamouroux, 16; Lacaille, 15; Lahhé, 15 1/2; Ferrand, 16; Kermektchieff, 15; Gennet, 14; Cartier, 16; Daniel, 15; Bertrand, 15; Battier, 16 1/2; de Gorsse; 15 1/2; Dévé, 17; de Rothschild, 15; Capart, 14; Rivier, 15; Palle, 15; Pasquier, 15; Le Roy-des-Barres, 15; Leven, 18; Nollet, 17; Percheron, 14 1/2; Picard, 14.

NOUVELLES

Chemin de fer d'Orléans.

BILLETS D'ALLER ET RETOUR DE FAMILLE POUR LES STATIONS THERMALES ET HIVERNALES DES PYRÉNÉES ET DU GOLFE DE GASCOGNE

Des billets d'aller et retour de famille, de 1re, de 2e et 3e classes sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par les voyageurs, pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Bearn, etc.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve de cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 300 kilomètres.

Pour une famille de	2	personnes	20 0/0
—	3	—	25 0/0
—	4	—	30 0/0
—	5	—	35 0/0
—	6	— et plus	40 0/0

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité de ces billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de 30 jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet de famille.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. — N° 51 — 19 Décembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : **Dr F. de RANSE.** — *Rédacteur en chef :* **Dr Pierre SEBILEAU.**
Secrétaire de la Rédaction : **M. Em. ÉMERY.**

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

A NOS ABONNÉS

Depuis quelques années, l'étude des sciences médicales et la pratique de la médecine ont subi des transformations considérables.

La presse médicale les a suivies dans leur évolution : l'analyse et le reportage y ont remplacé la discussion et la critique.

C'est trop et ce n'est pas encore assez. D'autres modifications s'imposent qui ne tarderont pas à changer les allures du journalisme médical.

D'une part, il faudra revenir à la critique, aujourd'hui tombée dans l'oubli, car, s'ils n'étaient désormais éclairés par elle, les médecins se perdraient bientôt dans l'obscur dédale des publications. communications, opérations, inventions, expérimentations et guérisons de toutes sortes qui, chaque jour, sortent du néant — quand il ne s'agit pas pour elles d'une simple résurrection.

D'autre part, une scission s'opérera, non pas entre la médecine et la chirurgie, j'allais dire une chose que je pense moins que personne, mais entre les publications d'ordre médical et les publications d'ordre chirurgical. Et dans chacune d'elles il conviendra encore de séparer les travaux théoriques, les études spéculatives, les longs mémoires *in extenso*, des publications pratiques et techniques.

A chacune de ces études il faudra sa place, et sa place à part, car l'une et l'autre répondent à des besoins différents.

La *Gazette Médicale*, qui va entrer dans la soixante-huitième année de son existence, veut la première accomplir un de ces progrès que le temps ne tardera pas à imposer à la presse médicale tout entière. Elle se transforme. Elle veut répondre à l'indication tout à fait spéciale que lui donne l'orientation nouvelle de la chirurgie dans l'extraordinaire décentralisation qu'elle subit.

La *Gazette Médicale* devient, malgré son nom, une publication exclusivement chirurgicale. Elle ne traitera désormais de rien autre chose que de chirurgie, et j'ajoute de chirurgie pratique.

Il faut qu'elle devienne en quelque sorte le *vade mecum* de tous les praticiens des grandes villes, des petites villes et des campagnes. puisque parmi ceux-ci, il en est une foule qui exécutent eux-mêmes beaucoup des opérations courantes qu'ils n'osaient entreprendre autrefois, et que la chirurgie, la chirurgie élémentaire tout ou moins, s'est infiltrée partout.

Pour les uns, la *Gazette Médicale* contiendra des cliniques chirurgicales courtes, simples, faciles, des études de consultation, des notes thérapeutiques mises au point, des articles de médecine opératoire. Pour les autres, elle donnera, dans chaque numéro, un résumé de tous les travaux de chirurgie pratique que la presse médicale aura publiés dans le cours de la semaine. Pour tous, elle sera le journal nécessaire, car elle seule, entre toutes les autres feuilles, sera capable de tenir le clinicien — grand ou petit — au courant des progrès journaliers de la pratique chirurgicale.

Les candidats aux concours ne seront pas oubliés : nous continuerons à publier pour eux ce que nous avons appelé les « Notes d'Internat ». Notre idée, sans doute, était bonne, qui a paru plaire à d'autres ; mais, désormais, les questions traitées seront toutes de chirurgie ou d'anatomie.

C'est donc, on le voit, une transformation complète que va subir la *Gazette Médicale*. Avant de lui voir prendre la nouvelle direction qu'il a décidé de lui imprimer, le rédacteur en chef tient à remercier du concours précieux qu'ils lui ont prêté tous les collaborateurs anciens du journal, et à exprimer le désir que le plus grand nombre d'entre eux veuillent bien lui continuer l'utile assistance de leur travail et de leur expérience.

P. S.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite.)

D. *Coupe horizontale divisant la queue de l'épididyme.*

A ce niveau, la vaginale passe directement du testicule sur la queue l'épididyme et les plaque ainsi l'un contre l'autre : il y a entre eux adhérence intime : c'est là une disposition qui ne souffre pas d'exception. Mais l'étendue de la surface d'adhésion est variable : longue de quelques millimètres chez certains sujets, elle est très réduite chez quelques autres et ne porte alors que sur l'extrême pointe de l'épididyme.

Aussi la coupe, qui se présente toujours sous le même aspect lorsqu'elle porte sur cette extrême pointe, donne-t-elle, au contraire, suivant les individus, des résultats différents quand elle intéresse la région intermédiaire entre le corps et cette extrême pointe. Soit donc une coupe pratiquée au niveau du point où le corps de l'épididyme s'unit à la queue.

Ici, je verrai la séreuse, comme à l'extrémité du pôle épididymaire, sauter, sans marquer la plus petite dépression, du testicule sur l'épididyme (*fig. 23*).

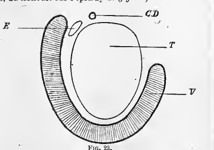


Fig. 23.

CD : Canal déférent. — E : Epididyme. — T : Testicule. — V : Vaginale.

Là, au contraire, je verrai la vaginale s'insinuer légèrement entre les deux organes, et, dans le sillon qui les sépare, dessiner comme une ébauche de cul-de-sac (*fig. 24*).

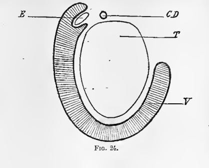


Fig. 24.

Mais, quel que soit le degré de pénération de la séreuse entre les deux organes, la queue de l'épididyme est plus ou moins incluse dans la cavité vaginale suivant que le feuillet viscéral de la séreuse se réfléchit plus ou moins loin derrière sa face externe.

Voici, par exemple, sur ce sujet, la vaginale qui se replie après avoir pris simple contact avec l'épididyme (*fig. 25*).

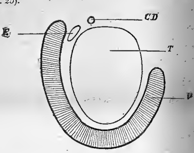


Fig. 25.

La voici, au contraire, sur cet autre, qui englobe toute la queue de l'épididyme et va, derrière lui, à la rencontre du canal déférent qui transparaît sous le feuillet viscéral (*fig. 26*).

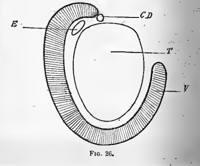


Fig. 26.

De telle sorte, ainsi que j'ai pu le constater plusieurs fois en pratiquant, suivant la méthode de mon maître Quénu, la résection de la queue de l'épididyme sur des malades frappés de tuberculose épididymaire ; de telle sorte, dis-je, que chez les uns cette opération peut être menée à bien sans blessure de la vaginale, alors que chez d'autres, au contraire, la séreuse est ouverte par les premiers coups d'exérèse donnés par les ciseaux.

E. *Coupe horizontale divisant le ligament gubernaculaire.*

La face postérieure du ligament gubernaculaire est adhérente ; elle est donc toujours dépourvue de séreuse ; la face antérieure, au contraire, est libre, tapissée par la vaginale qui, de chaque côté, se déploie aussi sur les faces latérales. Mais celles-ci sont, suivant les sujets, inégalement enfouies dans le sac séreux, car le point où, des

flancs du ligament la vaginale se replie sur les bourses, est plus ou moins rapproché du dos ou du ventre du ligament gubernaculaire (*fig. 27 et 28*).

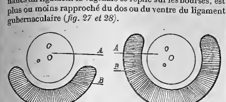


Fig. 27. Fig. 28.

COUPE SCHÉMATIQUE TRANSVERSALE DE LA VAGINALE AU NIVEAU DU LIGAMENT CRÉMASTÉRIEN

A : Ligament crémastérien contenant quelques veines.
B : Cavité vaginale.

De tout ce que je viens de dire sur la manière dont la vaginale se comporte vis-à-vis le testicule et l'épididyme, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Chez tous les sujets il existe, entre le cul-de-sac de la face interne et le cul-de-sac de la face externe de la vaginale, une région tout à fait dépourvue de séreuse et qui répond au bord postérieur du testicule.

L'étendue de cette zone est très variable : dans certains cas elle est assez grande pour qu'on puisse réséquer les veines du testicule sans ouvrir la vaginale. Cette région privée de séreuse répond à la partie postérieure de la face interne du testicule.

2° Sur la face externe, au niveau du corps de l'épididyme, la vaginale tapisse ordinairement la face externe de cet épididyme pour aborder le dos testiculaire ou se rapprocher de lui : l'épdidyme est alors intra-vaginal ; mais il n'est pas rare de voir la séreuse rebrousser assez tôt chemin pour laisser une partie du corps épididymaire en dehors de la cavité séreuse. C'est du degré de pénétration de la vaginale entre le testicule et le corps de l'épididyme que dépend le caractère plus ou moins flottant de celui-ci. Plus on approche de la queue épididymaire, plus on voit la séreuse diminuer son amplitude, si bien que d'habitude cette queue et le bord postérieur du testicule, tout près du pôle, sont extra-vaginaux ; il y a à cette règle, chez les enfants surtout où la vaginale paraît plus lâche, mais à tout âge, d'assez nombreuses exceptions.

3° La tête de l'épididyme est presque toujours en grande partie enfermée dans la vaginale ; elle peut y flotter complètement.

4° Le canal déférent est ordinairement éloigné de la vaginale. Mais les deux organes se rapprochent quelquefois : j'ai vu ce canal déférent faire saillie dans la cavité ; j'ai même vu la séreuse lui former un véritable petit méso.

5° Au cordon la vaginale forme dans la majorité des cas une gaine antérieure et antéro-latérale. Il peut arriver que cette gaine s'étende assez sur chaque face du cordon, en dehors surtout, pour que celui-ci finisse par être enfermé presque complètement dans la séreuse, ainsi qu'on le constate souvent en pratiquant chez des adolescents ou des enfants la cure radicale de la hernie inguinale congénitale (1).

2° **Trajet de la vaginale étudié sur des coupes verticales et transversales (coupes frontales).**

Ces coupes attaquent verticalement le testicule et le divisent de front, de la tête vers la queue.

Celles qu'on pratique au ras du bord antérieur du testicule n'intéressent que le testicule et laissent derrière elles la tête épididymaire : les autres entament, du même conp, le testicule et la tête de l'épididyme.

Voici comment se présentent les premières :

L'extrémité supérieure et les deux faces du testicule sont tapissées par la séreuse viscérale ; en bas, au-dessous de l'extrémité inférieure, la vaginale recouvre, de chaque côté, le ligament gubernaculaire et se réfléchit ensuite sur les bourses à la face profonde desquelles elle se déploie (*fig. 29*).

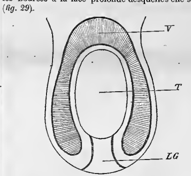


Fig. 29.

Voici maintenant comment se présentent les secondes ;

La vaginale recouvre la tête épididymaire et se porte ensuite sur le testicule qu'elle aborde suivant deux modes différents :

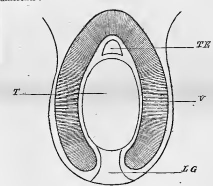


Fig. 30.

(1) Depuis que ce mémoire est écrit, M. Marion, aide d'anatomie à la Faculté, a publié dans le *Bulletin de la Société d'anatomie* (LXX° année, 5° série, tome IX, avril 1895, n° 8) un court et intéressant travail sur l'anatomie de la vaginale. Les conclusions de ce travail diffèrent un peu des miennes, mais au total, en ce qui concerne tout au moins les points principaux, nos recherches se portent une mutuelle confirmation.

Ou bien elle vernisse seulement le culmen et les deux versants de la tête de l'épididyme ; celle-ci est alors plaquée directement contre le testicule, la séreuse ne s'insinue pas dans le sillon épididymo-testiculaire, qui est comme voilé par le feuillet viscéral (*fig. 30*).

On bien, au contraire, la vaginale engaine presque complètement la tête de l'épididyme, s'engage sous sa face profonde, rencontre les cônes efférents, les enveloppe, se laisse porter par eux presque sur le testicule et leur forme une sorte de petit méso ligamenteux — ligament épididymo-testiculaire — de longueur un peu variable, mais, en fait, toujours grêle et toujours court [trois à six millimètres (*fig. 31*)]. Là où existe ce petit repli de la vaginale, la tête de l'épididyme est mobile sur la proue du testicule; elle y est fixée chez les sujets où le méso ne s'est pas développé.

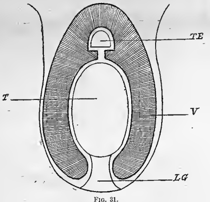


Fig. 31.

3° Trajet de la vaginale étudié sur des coupes verticales et antéro-postérieures (coupes sagittales).

Pour tirer des coupes sagittales tous les renseignements qu'elles peuvent donner sur la disposition de la vaginale, il faut les pratiquer en deux régions différentes ; les unes doivent suivre le corps d'Higmore et, par conséquent, diviser le testicule en deux moitiés ; les autres doivent passer en dehors du corps d'Higmore; c'est-à-dire entamer la moitié externe du testicule ; les premières intéressent la tête de l'épididyme, les secondes son corps et sa queue.

A. *Coupe sagittale pratiquée le long du corps d'Higmore.*

Voici ce que l'on voit. La vaginale descend sur la face antérieure du cordon, à la rencontre de la tête de l'épididyme ; elle aborde celle-ci par derrière, à une hauteur variable de son bord postérieur et, à ce niveau, se replie sur elle-même, marchant, de haut en bas et d'arrière en avant, vers le testicule dont elle tapisse ensuite le bord antérieur. Ainsi elle descend jusqu'au ligament gubernaculaire, puis se réfléchit sur les bourses, le long desquelles elle remonte jusqu'au cordon. Mais ce qu'il y a de plus particulièrement intéressant à étudier sur une pièce ainsi préparée, ce sont les différents modes suivant lesquels la vaginale, abandonnant le cordon, aborde l'épididyme.

Chez des sujets, elle tombe sur le sommet de la tête épididymaire et se replie de là vers le pôle antéro-supérieur du testicule (*fig. 32*).

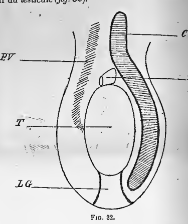


Fig. 32.

P V : Pédicule vasculaire. — T : Testicule. — L G : Ligament gubernaculaire. — C V : Cavité vaginale. — T E : Tête de l'épididyme.

Chez d'autres, ce n'est plus sur le sommet de la tête, mais sur la nuque de l'épididyme qu'elle se réfléchit pour parcourir ensuite le même chemin (*fig. 33*).

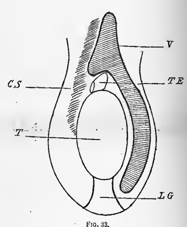


Fig. 33.

Sur quelques testicules, enfin, elle descend jusqu'à ce qu'elle ait atteint le dos de l'épididyme et ne revient sur ses pas qu'après avoir tapissé la demi-longueur de cet organe. C'est à une semblable disposition que répond la

coupe horizontale que j'ai représentée sur la page 586, n° 50 (*fig. 34*).

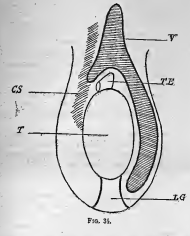


Fig. 34.

Ainsi peut être expliqué le degré très variable d'inclusion de la tête de l'épididyme dans la cavité vaginale ; elle y fait, dans certains cas, à peine saillie ; elle y est, dans d'autres, complètement immergée.

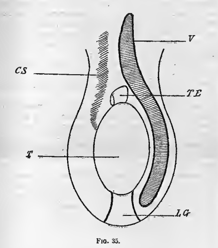


Fig. 35.

En ce qui concerne les rapports du testicule et de l'épididyme, les coupes sagittales nous rappellent ce que nous ont appris déjà les coupes frontales : au hasard des cadavres examinés, l'on voit la tête de l'épididyme plaquée par la vaginale contre le pôle antérieur du testicule, on bien, au contraire, lâchement reliée à lui par un petit méso séreux qui s'engage entre le pôle antérieur des deux organes (*fig. 35 et 36*).

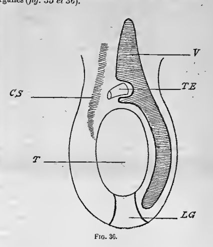


Fig. 36.

B. *Coupe sagittale pratiquée en dehors du corps d'Higmore.*

Si la coupe porte sur la portion du testicule comprise entre le septum médian et la face externe de la glande, on y voit, non plus seulement la tête de l'épididyme, mais le corps lui-même, couché de tout son long, sur le flanc externe du testicule, près du bord postérieur (*fig. 37*).

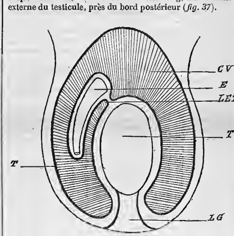


Fig. 37.

C V : Cavité vaginale. — E : Epididyme. — L E T : Ligament Epididymo-Testiculaire. — T : Testicule.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Des suppurations à distance dans l'appendicite.

(TRAVAIL DU SERVICE DE M. TUFFIER)

Par Emile Piard, ancien externe des hôpitaux.

(Suite et fin.)

Entre ces deux partis, pour lequel devons-nous opter? La détermination nous semble moins difficile à prendre qu'elle ne paraît; dans les cas de Marchand et de Roux, les troubles appendiculaires duraient depuis longtemps, persistaient au moment de l'opération, commandaient l'abcès pariétal d'une façon trop directe pour ne pas attirer vers l'intestin la main de l'opérateur. Au contraire, dans les cas de Gallois, de Tuffier, l'orage appendiculaire était calmé depuis plusieurs jours, le phlegmon de la paroi occupait seul le premier plan, déterminait toute la symptomatologie : l'indication opératoire semblait complètement remplie par l'incision simple. D'ailleurs n'y avait-il pas un danger trop clair à ouvrir le péritoine silencieux à côté d'un foyer purulent ou à travers lui?

La simple comparaison de ces deux séries de faits nous induit donc à penser qu'en présence d'un abcès à distance de la paroi, il ne faut rechercher l'appendice que s'il cause des troubles actuels. En tout état de cause, nous estimons en outre qu'il serait convenable de faire de ce deuxième temps opératoire un temps séparé en raison des mauvaises conditions d'asepsie où l'on se trouve pour ouvrir le péritoine après l'évacuation d'un foyer purulent.

Nous pourrions résumer ce qui concerne la thérapeutique opératoire des abcès de la paroi abdominale d'origine appendiculaire dans les règles suivantes :

Incision simple de la collection, si l'abcès ne contient pas de débris fécaloïdes, ne présente pas de diverticule péritonéal et ne s'accompagne pas de troubles appendiculaires actuels.

Incision simple, puis, plus tard, dans un deuxième temps, recherche et ablation de l'appendice si, avec l'abcès pariétal indépendant, existent des phénomènes péritonéaux.

Incision suivie de recherche et de résection immédiate de l'appendice, si le contenu fécaloïde de la collection montre que cet organe est en rapport avec la poche purulente.

Abcès du foie. — L'origine appendiculaire d'un abcès hépatique n'implique aucune modification dans l'intervention qu'il appelle. Dès que l'existence et le siège de cet abcès pourront être précisés, on l'évacuera selon les règles classiques.

Toutefois, comme nous avons des présomptions pour croire que le pus de ces collections hépatiques est virulent, il nous semble qu'il sera prudent de fixer le foie par quelques points de suture au pourtour de l'incision de la paroi avant d'ouvrir la poche.

Pleurésies purulentes. — Nous n'avons aucune particularité à noter au sujet de l'intervention dans les empyèmes d'origine appendiculaire.

L'incision de la plèvre s'impose d'urgence, soit au lieu d'élection, soit au siège d'un empyème de nécessité.

La persistance des troubles appendiculaires pourra commander là, comme dans les autres catégories de suppurations à distance, l'ablation de l'appendice plus ou moins longtemps après l'ouverture du thorax.

En ce qui concerne toutes les autres variétés d'abcès lointains, en raison des phénomènes graves qui les accompagnent, le chirurgien doit se borner à inciser ceux qui viennent s'offrir d'eux-mêmes à son instrument : telles sont les parotidites, tels seraient des abcès superficiels multiples, une arthrite purulente.

Nous ne chercherons pas à résumer dans une vue synthétique les diverses éventualités que nous avons successivement considérées; chaque espèce de faits comporte sa morale particulière.

Mais chaque fois qu'il s'agit de suppurations d'origine appendiculaire, une question générale se pose : doit-on supprimer à tout prix ou négliger l'appendice, cause du mal?

Logiquement, en raisonnant sans tenir compte des faits, il n'y aurait pas à hésiter, la résection de l'appendice serait le complément indiqué de toute intervention, nous répondrons en tous points par sa réalisation constante à l'idéal que nous nous sommes proposé au début de ce chapitre.

Malheureusement la recherche de l'appendice est souvent délicate, son isolement difficile; quand il est serti de fausses membranes éparses, on s'expose en voulant le réséquer à tout prix à augmenter singulièrement la gravité de l'intervention nécessaire quelle qu'elle soit. Aussi nous semble-t-il que, sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, il faut transiger, ne se décider qu'après avoir mis en parallèle le bénéfice de l'ablation avec sa gravité.

Considérant les choses à ce point de vue, nous pourrions dire que l'indication de la résection est tantôt absolue, tantôt relative. En ce qui concerne spécialement notre sujet, les suppurations à distance, cette indication ne nous paraît absolue qu'en trois circonstances :

1° Quand une appendicite perforante a créé une péritonite enkystée à foyers multiples;

2° Quand l'appendice enflammé menace de devenir l'origine d'une septicémie générale;

3° Quand l'appendice entretient et renouvelle dans son voisinage des foyers à distance.

Dans tous les autres cas la résection de l'appendice est moins urgente ; certains abcès à distance de la paroi abdominale, tels les deux faits de Gallois, paraissent même agir à la manière d'abcès de fixation sur la lésion appendiculaire, dérivant à leur profit tout le processus infectieux, si bien qu'une intervention intestinale semble un luxe au moins inutile.

Toutefois, la connaissance des accidents à distance parfois mortels, dont l'appendice peut devenir l'origine, jointe à ce que nous savons de la gravité des phénomènes purement locaux, nous incline à penser qu'il vaut mieux, en présence d'une première crise de typhlite, recourir d'une façon précoce à la résection de l'appendice, dont le danger est minime lorsqu'elle est faite à froid, entre deux crises.

Rien en elle ne nous permet de présumer quelles seront les complications ultérieures ; estimant pour cause le danger qu'elles peuvent créer, il est préférable à nos yeux de les étouffer dans l'œuf.

De plus, comme l'expose parfaitement Gérard-Mar-

chant (Société de Chirurgie, 24 juillet 1895), l'ablation précoce de l'appendice menaçant est aisée; elle peut devenir d'une difficulté extrême, au contraire, quand de nouvelles poussées inflammatoires auront enfermé l'organe dans une coque d'adhérences ou l'auront fixé dans des positions anormales.

CONCLUSIONS

L'ensemble des faits que nous avons étudiés dans le cours de ce travail peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° On observe des abcès à distance dans le cours de l'appendicite.

2° Ces abcès sont de signes variés; on les retrouve :

Dans le tissu cellulaire iliaque;

Dans la cavité péritonéale;

Dans la paroi abdominale antérieure;

Dans le foie;

Dans la plèvre;

Dans le poumon;

Dans divers organes plus éloignés : cerveau, parotide, rein, rate.

3° Ces abcès se caractérisent par ce fait qu'ils n'affectent aucune contiguïté même lointaine avec l'appendice et se différencient de cette façon des abcès périappendiculaires du siège anormal, dus à une situation vicieuse de l'appendice.

4° Ces abcès sont l'expression d'une infection appendiculaire diffusée soit par l'intermédiaire d'une contamination péritonéale, soit par le canal des organes vasculaires de l'appendice, grâce à leurs connexions physiologiques ou pathologiques.

5° Ils présentent dans leurs variétés toutes les transitions contre le processus inflammatoire local et la septicémie généralisée. Il nous permettent de concevoir un nouveau chapitre à ajouter à la grande classe des auto-infections d'origine interne.

6° Ces abcès sont rares. De leur connaissance résultent pourtant quelques indications opératoires plus précises dans le traitement chirurgical de l'appendicite.

(*Archives générales de Médecine.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

DIXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Paris, du 19 au 24 octobre 1896.—Présidence de M. Terrier

De la boiterie dans la guérison de la coxalgie.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). — Les coxalgies qui ne viennent pas pour la première fois au chirurgien avec des tractions osseuses déjà avancées, mais qui sont au contraire prises dès le début, ont 98 chances sur 100 de guérir sans boiter, si le traitement est bien conduit, bien observé, et prolongé suffisamment longtemps.

Trois causes produisent en général la boiterie dans la coxalgie : c'est le raccourcissement, c'est la faiblesse du membre, c'est enfin l'ankylose absolue ou la mobilité extrême.

Le raccourcissement est dû à l'attitude vicieuse, à l'ascension du fémur dans la fosse iliaque et à l'atrophie du membre. Ne peut-on pas éviter ces deux premières causes de raccourcissement, si le coxalgique est convenablement traité dès le début ? Quant à la troisième, elle peut aussi être évitée, elle est également susceptible de ne pas se montrer. Du reste, le raccourcissement auquel donne lieu l'atrophie du membre n'est pas capable à lui seul de provoquer une réelle boiterie.

La faiblesse du membre ne surviendra nullement si on supprime aussi vite que possible l'immobilisation absolue, en la remplaçant par de la gymnastique, du massage, de l'électricité. Sous l'influence de ces différents agents, la jambe aura bientôt une vigueur suffisante pour éviter toute boiterie.

L'ankylose n'est jamais, ou du moins presque jamais, vraiment absolue. Un apprentissage spécial peut d'ailleurs être fait par les enfants atteints d'ankylose de la hanche, à condition de n'avoir ni raccourcissement du membre ni muscles insuffisants, grâce auquel ils arrivent à marcher sans boiter. De son côté, la mobilité extrême sera prévenue par du soin et de l'attention.

On voit par là ce que le chirurgien peut faire pour un coxalgique au point de vue de la boiterie accompagnant la guérison de la maladie.

Deux cas de septicémie gazeuse.

M. Potherat (de Paris) est intervenu cette année pour deux cas de septicémie gazeuse. Le premier se rapportait à une fracture de jambe avec plaie petite et anfractueuse. Le troisième jour des symptômes de septicémie gazeuse firent leur apparition, bien que les lavages sérieux de la plaie n'aient pas été négligés. Cette septicémie gazeuse évolua naturellement très vite : elle ne tarda pas envahir toute la jambe et une partie de la cuisse. Il fallut donc que M. Potherat pratiquât une amputation de cuisse, qui dut être suivie le lendemain de grandes incisions du moignon encore en proie à l'infiltration gazeuse. Grâce à ce traitement, le mal s'arrêta, et six semaines plus tard le malade était guéri.

La seconde observation de l'orateur a trait à un homme de soixante ans qui avait reçu un coup de fusil dans le mollet. Dès lambeaux de vêtements souillés avaient pénétré dans la plaie. Deux jours après l'accident, se montra la septicémie gazeuse. Le malade ne voulut pas se laisser amputer. Force fut donc de se contenter de nettoyages soignés de la plaie et de larges incisions des parties malades.

Les choses évoluèrent avec de multiples incidents : successivement apparurent un érysipèle, une phlébite, une embolie pulmonaire. Malgré cela, la guérison a été obtenue.

Nouveau mode de traitement de la coxalgie.

M. Delagénière (du Mans) constate les médiocres résultats que la résection de la hanche a donnés dans le traitement de la coxalgie. Il rappelle d'autre part que la lésion tuberculeuse a son siège prédominant dans l'épiphyse du fémur. Il a pensé, dans ces conditions, pratiquer l'évidement de cette épiphyse fémorale, suivi du drainage articulaire à travers le col et le grand trochanter.

Voici son mode d'intervention : il commence par une incision semblable à celle de Langenbeck, mais descendant plus bas sur la cuisse, et allant jusqu'à environ 2 centimètres au-dessous de la base du grand trochanter. L'incision en tout mesure 15 centimètres. Les fibres dissociées du grand fessier permettent d'atteindre les muscles pelvi-trochantériens. Le pyramidal et le moyen fessier sont écartés, et le périoste est incisé depuis la cavité cotyloïde jusqu'à la base du grand trochanter. On fend la capsule articulaire en forme de T, et ainsi l'articulation peut parfaitement s'explorer.

De chaque côté de l'incision, l'orateur décolle le périoste, afin de faire une opération sous-périostée. Le bord supérieur du grand trochanter est excisé; puis le col est évidé jusqu'à la tête. Enfin la tête est elle-même évidée ; et au point correspondant à l'évidement, l'opérateur enlève une portion de cartilage articulaire. L'opération se termine par l'évidement du grand trochan-

ter jusqu'à 1 centimètre au-dessous de sa base, de manière à faire une gouttière d'évidement au-dessus de laquelle sont réunies les parties molles. Au fond de la gouttière on met un tube métallique dont l'extrémité interne est dans l'articulation, l'extrémité externe restant fixée à la peau. Ce drain métallique restera jusqu'à guérison du malade.

M. Delagénière a fait deux fois cette opération pour des coxalgies suppurées graves. Les deux cas se sont fort bien terminés, et les malades se sont vite rétablis.

Il finit sa communication par les conclusions suivantes : l'opération est simple et facile, paraît exempte de gravité; le drainage de l'articulation malade et de l'épiphyse s'obtient définitivement; la hanche conserve sa forme et une partie de ses mouvements.

Procédé opératoire des fistules vésico-vaginales.

M. Ricard (de Paris) fait remarquer que les opérations pratiquées par la voie vaginale ont souvent pour conséquence des fistules et des blessures de la vessie, provoquées par une technique opératoire défectueuse.

La méthode américaine, dont les détails ont été formulés par Marion Sims, est la plus généralement adoptée. Cette méthode est inférieure aujourd'hui à une autre très employée en Allemagne et dont Fenomenoff donnait récemment une description identique, du reste, à celle employée par M. Ricard il y a six ans déjà. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'une fistule vésico-vaginale à la suite d'un accouchement. Il obtint un succès complet après avoir pratiqué la libération des bords de la fistule par dédoublement de la cloison vésico-vaginale.

Depuis ce temps, il mit son procédé en pratique une dizaine de fois et le succès fut immédiat, sauf un cas où il fallait recourir à une nouvelle intervention par suite d'une négligence dans les soins consécutifs à l'opération.

Restauration de l'urèthre chez la femme.

M. Legueu (de Paris) expose les différents essais qu'il a faits pour éviter la destruction totale de l'urèthre chez la femme. Il en a obtenu la reconstitution se rapprochant comme forme et comme fonction de son état normal.

Chez une jeune femme qu'il a traitée, l'urèthre était complètement détruit par une ulcération phagédénique. L'incontinence d'urine était absolue. L'urèthre fut reconstitué à l'aide de lambeaux pris sur le vagin et sur la vulve et aux dépens des petites lèvres.

Pour que le nouvel urèthre ait une longueur et une épaisseur suffisantes, M. Legueu fit deux lambeaux muqueux qu'il a ensuite rabattus et suturés autour d'une sonde représentant le calibre du nouveau canal.

Le nouvel urèthre s'étend jusqu'au-dessous du clitoris; il décrit une courbe sous la symphyse. Quant à la vulve et au vagin, leur calibre est rétréci, mais suffisant.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est le suivant : la malade perd ses urines la nuit, mais les conserve le jour. Avec le temps, on peut espérer qu'il sera meilleur encore.

Tuberculose primitive de la rotule.

M. Ménard (de Berck-sur-Mer) rapporte les observations de six cas de rotules tuberculeuses. Ces six rotules présentaient des formes variées de tuberculose : quatre fois la rotule était creusée d'une caverne plus ou moins large, remplie de fongosités avec ou sans séquestres. Une fois la rotule était infiltrée; dans ce cas, les deux tiers du tissu osseux avaient une teinte blanc-jaunâtre caractéristique, avec zone mince de tissu d'aspect normal entourant la partie malade. Enfin, le dernier cas se rapportait à une rotule tuberculeuse guérie.

La plupart du temps, la lésion rotulienne avait retenti sur l'articulation du genou. Elle s'était ouverte deux fois dans l'articulation sans apparaître sous la peau; quatre fois, il y avait, au contraire, arthrite fongueuse avec abcès sous-cutané ou fistule extérieure. Dans un dernier cas, l'auteur rapporte le fait d'une fistule d'origine rotulienne, sans que celle-ci offrît aucun rapport avec l'articulation du genou.

L'arthrite secondaire du genou ne se traduisait que par très peu de lésions des surfaces tibiales et fémorales.

Au point de vue clinique, la tuberculose rotulienne débute par des signes différents : c'est parfois une petite élevure dure à la périphérie, molle et fongueuse au centre; dans d'autres cas, c'est un abcès prérotulien, ou bien c'est une fistule avec os dénudé.

Reste la question du traitement. Cinq fois, l'auteur a eu recours à un traitement opératoire.

Dans un cas, la tuberculose rotulienne, à la période de début, a été traitée par l'incision et l'évidement osseux, suivis de réunion par première intention. Quant à l'arthrite qui a accompagné ce cas, elle a été améliorée par l'immobilisation et l'application de pointes de feu profondes. La lésion rotulienne, de son côté, a complètement guéri.

Trois malades ont été traités par l'ablation sous-périostée de la rotule, avec arthrectomie du genou et synovectomie. Ici encore réunion par première intention obtenue facilement.

Un dernier malade a nécessité une opération plus sérieuse. Sa rotule était guérie, mais depuis quinze ans il avait une arthrite consécutive tuberculeuse. La résection du genou avec ablation de la rotule a été pratiquée avec succès.

Enfin, dernier point que signale l'auteur, il lui a été donné de constater la reproduction de la rotule trois fois, chez les trois enfants qui avaient subi l'arthrectomie du genou. L'os nouveau s'est reformé une fois avec son volume normal, une fois avec un volume moindre, une fois sous forme d'un noyau osseux assez régulier.

Observation d'un kyste dermoïde de l'ovaire.

M. Témoin (de Bourges) remarqua chez une femme en couches, atteinte de septicémie puerpérale, la présence d'une poche faisant saillie dans le vagin. Après y avoir fait une incision, il en vit sortir une grande quantité de pus au milieu duquel se trouvait une masse de cheveux. On se trouvait donc en présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire, sensiblement accru sous l'influence de la fièvre, et qui nécessita une hystérectomie.

Traitement du placenta dans la grossesse extra-utérine avec fœtus mort.

M. Vignard (de Nantes) démontre combien le traitement du placenta dans une grossesse extra-utérine avec fœtus mort est encore à présent mal déterminé. L'ablation qui, d'après certains chirurgiens, s'impose, est toujours d'un succès incertain. Il est des chirurgiens qui, après marsupialisation du sac, abandonnent le placenta, lequel s'élimine après un drainage prolongé et de fréquents lavages, ou s'extrait secondairement. Ce procédé complique sérieusement les suites opératoires.

L'orateur recommande une technique très simple, donnant des suites opératoires bénignes, et d'une guérison prompte et définitive. Elle consiste en un léger drainage avec deux ou trois mèches de gaze, après l'extraction du fœtus et marsupialisation du sac. Ces mèches sont enlevées après quelques jours, puis on panse à plat, le plus rarement possible, sans manœuvres dans l'intérieur de la poche, ni nouveau drainage, ni lavages.

Le massage ischémique dans le traitement des entorses et des fractures malléolaires.

M. Larger (de Maisons-Laffitte) résume un ensemble de moyens qu'il nomme massage ischémique. Il commence par l'enveloppement du pied et du tiers inférieur de la jambe, puis il continue par l'application de l'appareil d'Esmarch jusque vers

la racine du membre inférieur. Laissant en place la bande de Nicaise, on déroule la bande de caoutchouc de l'extrémité jusqu'au niveau du gonflement déterminé par le traumatisme, où elle est fixée. Durant une vingtaine de minutes les choses restent ainsi sans qu'on ait à y toucher.

On retire ensuite la bande de caoutchouc qui est remplacée alors par un bandage ouaté compressif fait avec des bandes de toile. On défait, enfin, la bande de Nicaise et le sang afflue dans le membre.

Après cinq à six jours, ce bandage est enlevé à son tour. Le gonflement a généralement disparu; le tissu cellulaire, ischémié par l'appareil d'Esmarch, a résorbé l'épanchement sanguin.

Dans le cas où il y a entorse avec ou sans fracture simple du péroné, il suffit de faire porter au malade une chaussette de tissu élastique, laissant leur liberté aux mouvements du pied. La marche alors est permise à l'aide d'une béquille ou d'une canne dès que la jambe malade supporte sans douleur le poids du corps.

Si l'on a constaté l'existence d'une fracture uni- ou bi-malléolaire avec déplacement du pied, on applique l'attelle plâtrée en étrier de Desprès. Au moment de la prise du plâtre, on serre à l'aide d'une presse à vis l'attelle plâtrée contre les malléoles, afin d'assurer la fixité de la mortaise tibio-péronière. La coaptation devient alors parfaite, et la guérison s'opère sans entrave et sans les complications qui sont si souvent à redouter.

Le massage ischémique s'achève en une seule séance, et a l'avantage, d'après les affirmations des malades qui l'ont suivi, d'être moins douloureux que le massage ordinaire.

Deux cas d'arthrite blennorrhagique suppurée.

M. Malherbe (de Nantes) expose deux cas d'arthrite blennorrhagique suppurée qu'il a eu l'occasion d'observer en peu de temps.

Une jeune femme accouchée de quelques mois et nourrissant son enfant fut prise d'une arthrite aiguë limitée à un genou et très douloureuse, après que son mari lui eut transmis une blennorrhagie, caractérisée chez elle par de la vaginite et de l'uréthrite aiguë.

Bien qu'elle fût soumise à divers traitements révulsifs et à l'immobilisation durant plus d'un mois, le liquide persista et l'articulation resta douloureuse. L'état général devint inquiétant : fièvre, amaigrissement et divers autres symptômes se manifestèrent.

Le diagnostic ayant établi une arthrite suppurée, M. Malherbe fit, avec de grandes précautions antiseptiques, une ponction par le cul-de-sac postérieur de la synoviale. Après avoir retiré plus d'un verre de pus, il fit un lavage au sublimé, puis à l'eau bouillie, ensuite pansement iodoformé et ouaté, avec appareil silicaté. Au bout de quelque temps la malade était guérie avec ankylose rectiligne.

Un autre cas est celui d'un homme goutteux d'une quarantaine d'années. Il était atteint d'un écoulement chronique de l'urèthre et dut s'aliter par suite de quelques douleurs dans les pieds et d'une violente douleur dans le genou gauche. Les symptômes étaient ceux d'un accès de goutte, mais aucune amélioration ne se manifesta après divers traitements médicaux. La flexion du genou de plus en plus accusée fit penser alors à une arthrite blennorrhagique. Après dix jours, sous l'action du chloroforme, l'extension se fit toute seule par action musculaire, dès que le malade fut endormi; on mit alors un appareil silicaté.

L'état du malade resta assez grave après cette intervention : pouls faible et fréquent, inappétence complète, morphinisation nécessaire.

Au bout de dix jours l'appareil fut enlevé et l'on pratiqua une ponction à l'aide d'un trocart de trousse bien flambé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre. — Présidence de M. Monod.

De la pathogénie de l'appendicite.

M. Pozzi. — Je reviens sur deux points principaux dans la suite de la discussion sur la pathogénie de l'appendicite (Voir *Gazette Médicale* du 12 décembre). Deux questions se posent, en effet : Faut-il accorder à la typhlite le droit de cité que réclamait pour elle M. Bazy à la dernière séance? Quelle est la valeur de la théorie du vase clos de M. Dieulafoy ?

La typhlite a été à nouveau défendue par M. Bazy, comme elle l'avait été à l'Académie de médecine par MM. Millard et Laveran. Je dis tout de suite que, pour moi, il peut y avoir pérityphlite concurremment avec de l'appendicite,ou pérityphlite consécutive à l'appendicite; mais cela ne veut pas dire que la typhlite soit absolument réhabilitée aux dépens de l'appendicite. Il y a une solidarité non douteuse et pathologique entre le cæcum et l'appendice; il peut y avoir à la fois typhlite et appendicite. Mais l'appendicite est certainement la cause la plus générale des accidents qu'on voit éclater; aussi la maladie mérite-t-elle bien le nom d'appendicite, et convient-il de laisser le principal rôle à cette dernière.

Il est un point qui a été abordé à cette tribune, et sur lequel je veux insister à mon tour : L'appendicite est souvent un épiphénomène très grave, et prenant bientôt la première place, survenu au cours d'une entéro-colite. Mais il est aussi des cas où l'appendicite se rencontre d'emblée : l'exemple typique est fourni par les appendicites produites par des corps étrangers.

Y a-t-il des appendicites par métastase, comme le dit M. Jalaguier? Dans cette idée, il y a une grande part de vérité. Si l'appendice est déjà en état de microbisme latent, une infection générale, comme une grippe par exemple, sera tout à fait capable de donner naissance à des manifestations appendiculaires.

Mais ce genre d'appendicite, je crois, est une appendicite itérative. De même que certaines salpingites suppurées graves sont le réveil de vieilles salpingites dont, parfois, les malades ont à peine le souvenir, de même il est tout à fait naturel de supposer que les appendicites graves sont le réveil d'appendicites anciennes, souvent méconnues.

J'arrive à la seconde partie : c'est la discussion de la théorie de la cavité close de M. Dieulafoy. Il me semble que cette théorie, dans bien des cas, rend compte de la gravité si exceptionnelle et de la virulence si grande de certaines appendicites. L'oblitération d'une cavité suppurante est toujours un phénomène important en pathologie générale. Sans doute suffit-il de simples bouchons muqueux pour produire cette cavité close; il n'est pas besoin de phénomènes d'ordre plus important. On voit donc avec quelle facilité peut se produire une attaque d'appendicite.

Les appendices examinés qui ont été déclarés libres ne le sont peut-être pas toujours, comme on le dit ; en effet, le rétrécissement peut fort bien siéger sur la partie de l'appendice juste contiguë au cæcum, et qui, parfois, n'est pas enlevée par l'opérateur.

Sans conclure franchement pour ou contre la théorie de M. Dieulafoy, je crois que cette théorie renferme une bonne part de vérité.

L'oblitération de l'appendice peut, du reste, être très bien temporaire. L'appendice s'enflamme, s'oblitère; puis subitement le bouchon muqueux est évacué par un purgatif ou spontanément. Cette évacuation explique comment des phénomènes appendiculaires graves peuvent se calmer et s'amender. Je ne veux pas dire que cette évacuation puisse guérir l'appendicite; car, pour moi, je crois qu'un appendice qui a été touché ne guérit jamais complètement.

A propos de cette question d'appendicite, j'ai à vous signaler en deux mots l'observation suivante :

Une jeune malade a présenté des phénomènes d'abord d'entéro-colite grave, puis de typhlite, puis d'appendicite, enfin, d'obstruction du canal cholédoque. En même temps se faisait de la pérityphlite séreuse. Le point important, c'est que cette malade a eu deux obstructions à la fois : celle de l'appendice et celle du canal cholédoque.

Cette remarque mérite en effet d'être signalée. En outre on peut voir, en examinant l'observation à fond, qu'elle se compose de quatre étapes consécutives : une étape d'entéro-colite, puis une étape de typhlite constatée par des cliniciens de valeur incontestable. L'appendicite forme la troisième étape : c'est celle où j'ai vu la malade.

L'existence d'une quatrième étape est enfin un fait du plus haut intérêt : c'est l'oblitération du canal cholédoque avec son cortège symptomatique ordinaire : fièvre, ictère, etc.

On peut donc admettre qu'une entérite glaireuse a oblitéré alternativement l'appendice tout d'abord, le canal cholédoque ensuite. C'est pourquoi j'ai cru devoir vous signaler cette observation au cours de la discussion sur la pathogénie de l'appendicite; les phénomènes qui se passent du côté du canal cholédoque sont bien connus et admis de tout le monde. Ne pourrait-on pas pousser l'analogie à supposer que, dans l'espèce, il se sont répétés du côté de l'appendice, et cette hypothèse n'offre-t-elle pas une grande part de vraisemblance?

M. Reynier. — Mon opinion est conforme à celle de M. Brun. Comme lui, je ne saurais soutenir la théorie du vase clos. J'ai vu souvent des appendices perméables; aussi ne puis-je admettre que l'opinion de M. Dieulafoy résume la cause générale des appendicites.

La théorie du vase clos ne se comprendrait que s'il n'y avait qu'une variété d'appendicites. On sait combien nombreuses, au contraire, sont ces variétés d'appendicites : appendicites tuberculeuses, appendicites d'origine grippale des chirurgiens américains, que M. Jalaguier admet également, appendicites d'origine actinomycique décrites en Allemagne, appendicites par corps étrangers. En un mot, l'étiologie de l'appendicite est très vaste, et à toutes ces appendicites ne saurait naturellement s'appliquer la seule théorie du vase clos.

Dans ces conditions, il me semble difficile de soutenir la théorie du vase clos comme une théorie générale.

Du reste, dans d'autres régions, ne voyons-nous pas la virulence variable suivant les moments de l'infection? Ainsi la virulence s'atténue dans la cavité close que forme le pyo-salpinx. Ceci est tout à fait contradictoire avec les idées émises par M. Dieulafoy, pour qui la formation du vase clos exalte au contraire la virulence des microbes que renferme l'appendice.

M. Poirier. — Je me demande si dans cette discussion on a suffisamment songé à la nature anatomique de l'appendice.

L'appendice est un bout de cæcum en voie de régression; celle-ci n'est pas achevée quand l'individu vient au monde et se poursuit jusqu'à l'âge de vingt ans à peu près.

Comme le développement de l'appendice n'est pas parallèle à celui de l'intestin, le péritoine attire à certains moments l'appendice, et est ainsi mécaniquement à même de créer des cavités closes par les différents mouvements qu'il fait subir à cet organe.

Les vaisseaux sont l'objet d'une torsion analogue, d'où ischémie qui suffit à expliquer amplement la gangrène de l'appendice.

Ces mêmes causes se répétant produisent les crises appendiculaires, dont la notion s'éclaire pleinement par ce mécanisme.

Cette théorie mécanique doit, je pense, dominer toutes les autres causes. Il faut lui donner la première place. Les autres causes ne font, en effet, que se surajouter à celle-là, jouant simplement le rôle de causes occasionnelles. C'est un point qui n'a pas été mis en lumière dans cette discussion, et auquel, pour ma part, j'attache une grande importance.

Constriction absolue des mâchoires par double ankylose.

M. Chavasse. — Il s'agit dans cette observation d'un homme qui avait depuis longtemps une constriction des mâchoires par ankylose osseuse à droite, par ankylose fibreuse à gauche. Cet accident s'était produit après une tentative de suicide.

L'ankylose du côté droit m'a semblé justiciable de l'ostéotomie avec résection de l'apophyse coronoïde. Du côté gauche, j'ai eu recours à la rupture forcée. Les deux ordres d'opérations se sont effectués assez facilement, en une seule séance. Du reste, j'ai commencé par pratiquer une laryngotomie intercricothyroïdienne, dont la plaie a bien guéri.

Comme suite de cette opération, le malade a gardé quelque temps une fistule, qui a néanmoins cédé plus tard. Aujourd'hui, il est en bonne santé et cette intervention compliquée s'est terminée aussi bien que possible.

Un cas d'entéropexie.

M. Villemin. — Je présente à la Société de Chirurgie un cas d'entéropexie. J'entends par là la fixation d'une anse de l'intestin grêle à la paroi abdominale. Il s'agissait d'une malade qui avait eu une péritonite tuberculeuse. Elle vint à l'hôpital avec des phénomènes d'obstruction intestinale.

En faisant la laparotomie, je vis une anse rouge et distendue. Les autres anses étaient soudées entre elles.

Un examen plus attentif me permit de constater que l'obstacle au passage des matières résidait dans la coudure d'une anse intestinale, qui provoquait leur arrêt complet. Redressait-on cette coudure, l'obstacle était supprimé.

J'eus donc recours à l'entéropexie, faisant ainsi un redresse ment permanent de cette anse. Les suites de l'opération ont été bonnes : pas de température, réunion par première intention, pas d'éventration.

La malade quitta l'hôpital bien guérie.

Cette observation est intéressante également au point de vue anatomique : en effet, elle mérite d'être signalée parce que, chez la malade à laquelle elle se rapporte, étaient réunis les différents modes d'obstruction capables de se montrer dans le cours de la péritonite tuberculeuse; mais, seule dans le cas présent, la coudure était la cause véritable des accidents qui se sont produits, comme l'a montré leur guérison sous l'influence de l'entéropexie.

Infection purulente consécutive à un panaris superficiel.

M. Jullien. — J'ai à vous signaler l'observation d'une femme qui présenta différentes arthrites purulentes en voie de formation ou déjà formées, avec état pyohémique et septicémique, ou plutôt septico-pyohémique. C'est surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne que ces accidents étaient marqués. Il m'a fallu intervenir à différentes reprises pour en avoir raison. La malade a finalement guéri avec ankylose de son articulation tibio-tarsienne.

L'origine de ces accidents est intéressante à connaître.

Il ne faut pas la trouver dans une métrite qu'avait eue la femme. Les complications articulaires n'avaient pas l'allure du rhumatisme blennorrhagique; on ne retrouvait pas de gonocoques dans les articulations malades. En examinant bien la malade, je vis une tourniole qu'elle m'avait cachée. A n'en pas douter, c'était là la cause des multiples accidents purulents qu'elle avait présentés, comme l'ont prouvé les recherches que j'ai faites à ce sujet.

Présentations de malades.

M. Gérard-Marchant présente une malade atteinte d'une vieille sciatique absolument rebelle. Les traitements médicaux avaient été absolument impuissants.

Se rappelant que ces accidents sont souvent sous la dépen-

dance de varices, du sciatique, comme l'a montré M. Quénu, l'orateur est intervenu sur le nerf sciatique, qui, du reste, ne lui pas paru très altéré.

Aujourd'hui, la malade va beaucoup mieux et n'éprouve plus de douleurs qu'en appuyant fortement le pied sur le sol.

M. Gérard-Marchant présente un malade qui avait été atteint de luxation acromio-claviculaire. Il a suturé, par un fil de soie, les deux extrémités acromiale et claviculaire devant l'impossibilité de réduire complètement la luxation. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant, de même que le résultat obtenu au point de vue de la forme.

MM. Ricard, Tuffier et **Michaux** disent avoir obtenu également de bons résultats en employant la suture des deux extrémités acromiales et claviculaires luxées.

M. Quénu présente un malade opéré par lui, le 16 juin dernier, pour une angiocholite avec état général de la plus haute gravité.

Il lui a fait simplement une fistule biliaire et il insiste sur ce fait que la fistule biliaire a été pratiquée aussi petite que possible. La fistule s'est fermée spontanément au bout de quatre mois.

M. Tuffier présente un malade chez qui il a fait la résection du coude pour arthrite purulente survenue sur une articulation ankylosée après tumeur blanche. Le résultat est, à tous les points de vue, aussi bon que possible.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 décembre.

De la moelle osseuse dans les suppurations.

MM. Roger et **Josué** démontrent que les cellules de pus prennent les unes naissance au point enflammé, tandis que d'autres sortent des vaisseaux par diapédèse. En supposant que l'augmentation des globules blancs se rattache à une suractivité des organes hématopoiétiques, ils ont étudié leurs modifications dans les suppurations.

Une coupe faite sur toute l'épaisseur du fémur ou de la moelle du tibia d'un lapin présente à un examen attentif trois parties bien distinctes : Tout d'abord l'artère principale, engainée en grande partie dans sa circonférence par un sinus sanguin. Une seconde partie est formée de fibres serrées où sont disséminées quelques médullocèles.

Le tissu médullaire représente la troisième partie, qui est constituée de fibrilles qui s'anastomosent de manière à circonscrire des aréoles remplies de graisse. En certains points, une bande formée de médullocèles s'étend entre deux points nodaux. Des capillaires sanguins, qu'on trouve entre les fibrilles, se dilatent par places et forment de petits sinus autour des artérioles secondaires qui cheminent parallèlement au grand axe de l'os.

Dans les cas de suppuration, cet aspect est sensiblement modifié. Une injection sous-cutanée de deux centimètres cubes de culture très virulente de staphylocoque doré tue un animal au bout de vingt-quatre heures ; la graisse est résorbée, les aréoles diminuées et comme étouffées par les médullocèles.

En employant des cultures moins fortes, l'action est plus lente et va en s'accentuant jusqu'au sixième jour. L'état normal se retrouve vers le treizième jour, la disposition aréolaire redevient sensible en certains points.

On voit que dans toutes ces modifications, il y a une prolifération très active des trois ordres de cellules de la moelle. Ainsi s'explique l'augmentation des leucocytes, qui, comme on le sait, détruisent les microbes par la phagocytose. La moelle osseuse devient ainsi un organe de premier ordre dans la lutte de l'organisme contre les microbes.

M. Charrin a fait différentes expériences pour montrer les modifications subies par les microbes en traversant la moelle des animaux vaccinés, et s'informe auprès de M. Roger du résultat que lui ont donné ses recherches en ce sens.

M. Roger répond qu'il ne peut encore tirer aucune conclusion précise de ses expériences, celles-ci étant trop peu nombreuses ; mais elles démontreraient jusqu'à présent que l'antitoxine se produit dans la moelle osseuse.

M. Phisalix demande si la leucocytose est expliquée par les modifications de la moelle, et de quelle façon, dans ce cas, les nouvelles cellules pénètrent dans le sang.

M. Roger explique que les leucocytes qu'on trouve en excès dans le sang sont formés dans la moelle. Cette pénétration se conçoit parfaitement, étant donné le développement des sinus sanguins qui occupent les travées médullaires. D'après une expérience de Neumann, il est prouvé que les cellules de la moelle passent facilement dans le sang. En comprimant le fémur d'une grenouille, on verra considérablement augmenter le nombre de leucocytes renfermés dans le sang qui sort par la veine efférente de l'os.

De la toxicité urinaire après les inhalations de chloroforme.

M. Vidal a fait ses expériences sur le lapin, et les résultats sont analogues à ceux produits chez l'homme. Il conclut que la toxicité des urines est sensiblement augmentée par les inhalations chloroformiques. Il a constaté aussi qu'une asphyxie passagère n'influe que peu sur les urines.

Evolution du mucus dans un cancer du rectum.

MM. Quénu et **Landel** démontrent que la substance muqueuse élaborée dans certains cancers ou dans les tumeurs d'origine épithéliale est formée par une transformation des éléments chromatiques du noyau en une matière présentant les caractères histo-chimiques du mucus, et non, comme on le croit souvent, par une sécrétion ou par une altération du protoplasma cellulaire.

De l'insufflation trachéo-bronchique au point de vue de la chirurgie du poumon.

MM. Tuffier et **Hallion** ont démontré le rôle important dévolu en chirurgie pulmonaire à la respiration par pression intra-bronchique. Malgré une large ouverture de la plèvre, cette insufflation entretient la respiration et permet de maintenir le poumon dans son état normal.

L'insufflation peut faire disparaître le pneumothorax s'il existe par lésion pleuro-pariétale.

Le fonctionnement régulier de la circulation pulmonaire et de la circulation générale reste intact par la pression intra-bronchique. C'est un point important pour l'application de cette méthode. Des tracés de la circulation pulmonaire et générale pendant l'insufflation constatent qu'elle est inoffensive, du moment qu'elle se maintient aux limites nécessaires pour empêcher le pneumothorax ou sa guérison.

En faisant disparaître le pneumothorax par insufflation après ouverture large de la plèvre, on remarquera l'inégalité de l'élasticité pulmonaire. Le sommet du poumon est à peine rétracté, tandis que sa base est remontée bien au-dessus du diaphragme.

Par l'insufflation laryngo-trachéale, le poumon est amené souvent en contact du sommet et des faces latérales de la poitrine. Pour évacuer la couche d'air qui reste alors à ce niveau, il faudra faire une contre-ouverture ou un drainage allant du sinus costo-diaphragmatique jusqu'à la plaie pariétale. L'air enfermé entre la base du poumon et le diaphragme pourra ainsi s'échapper.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le secret médical et les médecins experts.

Dans la séance de lundi dernier de la Société de médecine légale, M. le docteur Vibert (de Paris) a fait connaître qu'il avait été dernièrement commis pour pratiquer l'examen d'une tête humaine trouvée dans une maison, à seule fin de savoir si cette tête avait pu servir à des travaux de dissection. L'examen fut des plus faciles : la momification absolue de la tête, la présence d'un œil de verre, témoignaient qu'il s'agissait simplement d'une préparation faite par un naturaliste.

Certains journaux, contrairement aux conclusions formulées par M. Vibert, prétendirent que l'expert avait admis l'hypothèse d'un crime, et partirent de là pour diriger contre lui des imputations mensongères. Tenu au secret professionnel, notre distingué confrère n'a pu démentir les erreurs qui avaient été ainsi répandues dans le public. M. Vibert a pensé que la seule manière de protester était d'exposer le fait à la Société de médecine légale et de lui montrer qu'il n'existe pour les médecins experts aucun moyen de se défendre en pareille circonstance.

A la suite de la communication de M. Vibert, la Société de médecine légale a voté un ordre du jour dans lequel, après avoir protesté contre les imputations calomnieuses et erronées dirigées contre les médecins experts, elle regrette que l'obligation du secret professionnel les mette dans l'impossibilité d'y répondre.

(*Semaine Médicale.*)

ACTES DE LA FACULTÉ

DU 21 AU 23 DÉCEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 décembre, à 1 heure. — 2e (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Weiss. — 3e Oral (1re partie, 1re série) : MM. Tillaux, Varnier, Sebileau. — 3e Oral (1re partie, 2e série) : MM. Pinard, Ricard, Lejars. — 4e : MM. Fournier, Landouzy, André. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Peyrot, Humbert, Walther. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Tuffier, Delbet. — 5e (2e partie) Hôtel-Dieu : MM. Potain, Chauffard, Letulle.

Mardi 22 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Panas, Quénu, Thiéry. — 2e (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Ch. Richet, Gley. — 3e Oral (1re partie) : MM. Guyon, Maygrier, Albarran. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Raymond, Chantemesse, Roger. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Cornil, Marie, Ménétrier. — 4e : MM. Pouchet, Gilbert, Thoinot. — 5e (2e partie), Charité (1re série) : MM. Debove, Dieulafoy, Achard. — 5e (2e partie), Charité (2e série) : MM. Proust, Jaccoud, Charrin. — 5e (1re partie), Obstétrique, Clinique d'accouchements, rue d'Assas : MM. Tarnier, Pozzi, Bar.

Mercredi 23 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Terrier, Poirier, Sebileau. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Ch. Richet, Weiss, Heim. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Gariel, Retterer, André. — 3e Oral (1re partie) : MM. Marchand, Humbert, Bonnaire. — 4e : MM. Pouchet, Chauffard, Netter. — 5e (1re partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Peyrot, Tuffier, Delbet. — 5e (2e partie). Hôtel-Dieu : MM. Joffroy, Letulle, Gaucher.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 23 décembre, à 1 heure. — *M. Lanessus* : Traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite (MM. Tillaux, Ricard, Broca, Walther). — *M. Arié* : Etude sur la compression des cordons nerveux des membres par du tissu fibreux cicatriciel (MM. Tillaux, Ricard, Broca, Walther). — *Mlle Gordon* : L'appendicite chez l'enfant (MM. Tillaux, Ricard, Broca, Walther). — *M. Osten* : Etude sur les résultats obtenus par la ténotomie dans les torticolis musculaires chroniques (MM. Tillaux, Ricard, Broca, Walther). — *M. Houreau* : Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé dit de dédoublement (MM. Tillaux, Ricard, Brocard, Walther). — *M. Feindel* : Quatre cas de neurofibromatose généralisée (MM. Hayem, Landouzy, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Laclautre* : Difficultés du diagnostic de la pneumonie au début chez l'enfant (MM. Landouzy, Hayem, Gilles de la Tourette, Widal). — *M. Devillas* : Les affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe (MM. Fournier, Pinard, Wurtz, Varnier). — *M. Farez* : De la dyshidrose (MM. Fournier, Pinard, Wurtz, Varnier). — *M. Camille Juge* : Valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta (MM. Pinard, Fournier, Gaucher, Varnier).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'internat.

Anatomie. — MM. Godineau, 11 ; Leroy-des-Barres, 11 ; Audard, 8 ; Baup, 7 ; Roglet, 9 ; Laubry, 10 ; Bellin, 9 ; Maréchal, 13.

Les candidats ayant obtenu le minimum de 20 points sont admis à subir l'*épreuve orale*.

La première séance a eu lieu lundi dernier : MM. Goudard, 11, Hauser, 15 ; Bluysen, 16 ; Rastouil, 17 ; Nattan, 18 ; Balthazard, 9 ; Rudaux, 17 ; Delestre, 17 ; Clerc, 17.

Total des points. — MM. Rudaux, 45 ; Clerc, 44 ; Rastouil, 42 ; Nattan, 42 ; Delestre, 42 ; Hauser, 40 ; Bluysen, 40 ; Goudard, 32 ; Balthazard, 29.

Concours de l'externat.

Anatomie. — MM. Guisez, 13 ; Bluzat, 9 ; Fernique, 16 ; Birman, 14 ; Dévé, 18 ; Armand Degorce, 17 ; Jacomet, 16 1/2 ; Cugnin, 13 ; Hauviller, 11 ; Hauser, 15 ; Coustols, 11 ; Desjardins, 13 ; Herscher, 13 ; Armand Bernard, 7 ; Hélie, 11 ; Courtois, 9 ; Guéniot, 16 ; Gougis, 13 ; Bergeron, 12 ; Goudard, 10 ; Gennet, 13 ; Ferrand, 14 ; Bertrand, 13 1/2 ; Lamouroux, 17 ; Lacaille, 16 ; de Rotbschild, 11 ; Kermectchieff, 10 ; Labbé, 18 ; de Gorsse, 11 1/2 ; Bouzanquet, 11 ; Daniel, 13 ; Compoint, 13 1/2 ; Brun, 12, Emile Weil, 18 ; Bonnel, 17 ; Bellin, 11 ; Celos, 17 ; Janot, 15 ; Jalaguier, 16 ; Battier, 15 ; Bizard, 14 ; Gauchery, 16 ; Collard, 16 ; Chevrey, 18 ; Caboche, 16 ; Capart, 6 ; Cartier, 16 ; Bochory, 14 ; André, 18 ; Baranger, 13 ; Bonnard, 14 ; Chauveau, 18.

Pathologie. — MM. Loubet, 15 ; Lucius, 13 ; Raoux, 18 ; Emile Weil, 16 ; Maiartic, 15 ; Petit, 15 ; Milbiet, 13 ; Rousseau, 18 ; Gauchery, 14 ; Nicolaïdi, 14 ; Nicaise, 18 ; Spindler, 14 ; Lejonne, 16 ; Lehman, 15 ; Pédeprade, 19 ; Monsseaux, 16 ; Le Maguet, 16 ; Le Meignen, 17 ; Morély, 16 ; Roglet, 16 ; Guisez, 16 ; Verdin, 16 ; Sikora, 17 ; Lenglet, 18 ; Sicbel-Dulong, 16 ; Stanculéanu, 17 ; Tourlet, 16 ; Tintrelin, 18 ; Tournemelle, 18 ; Tixier, 16 1/2 ; Mignon, 17, Slatinéanu, 17 ; Saint-Cène, 18 1/2 ; Sauvage, 19 ; Retournard, 17 ; Nass, 18 1/2 ; Lœwy, 19 ; Leraitre, 17 ; Mulon, 17 1/2 ; Métivier, 17 1/2 ; Marchais, 17 ; Logerot, 17 1/2 ; Tardif, 17 ; O'Followell, 17 1/2 ; Pocbon, 18.

ACTES OFFICIELS

Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 8 décembre 1896, le paragraphe 2 de l'article 5 du règlement du 24 décembre 1891 relatif aux bourses de doctorat en médecine est modifié comme il suit :

Sont admis à concourir pour les *bourses de doctorat de troisième année* les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

L'épreuve consiste : 1° en une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ; 2° en une composition d'histologie.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

67e Année. 9e Série. Tome III. N° 52 26 Décembre 1896

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

Directeur : Dr F. de RANSE. — *Rédacteur en chef :* Dr Pierre SEBILEAU.

Secrétaire de la Rédaction : M. Em. ÉMERY.

Tout ce qui concerne l'Administration et la Rédaction doit être adressé au Dr Pierre SEBILEAU, 21, rue du Général-Foy

A NOS ABONNÉS

A dater du 1er janvier 1897, la Gazette Médicale devient un organe exclusivement chirurgical. Le prix de l'abonnement annuel sera dorénavant de dix francs pour la France et de douze francs pour l'étranger.

LA DIRECTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule.

Par Pierre Sebileau.

(Suite et fin.)

Description de la vaginale.

Je pense qu'il va être facile maintenant d'étudier les diverses régions du territoire de la vaginale.

LE CUL-DE-SAC VAGINAL SUPÉRIEUR

Au-dessus du testicule et de l'épididyme, au point où elle se réfléchit des bourses sur le cordon, la vaginale forme un cul-de-sac auquel on donne le nom de *cul-de-sac supérieur* de la vaginale ; c'est, naturellement, à l'oblitération du canal vagino-péritonéal qu'il faut attribuer la formation de ce cul-de-sac qui sépare définitivement la vaginale du péritoine. Cet isolement de la glande génitale dans une cavité séreuse absolument close est l'apanage exclusif de l'homme et de quelques singes supérieurs ; chez tous les autres mammifères, la cavité péritonéale et la cavité vaginale sont en large et facile communication : l'anomalie reproduit cette disposition chez quelques hommes.

Le cul-de-sac supérieur de la vaginale offre en hauteur et en largeur une étendue très variable. Chez quelques sujets, la séreuse s'épuise là où naît la tête de l'épididyme qui occupe alors la partie tout à fait supérieure de la cavité : celle-ci est alors close, comme d'habitude, mais ne se prolonge pas en infundibulum le long du cordon. Chez d'autres, au contraire, la séreuse s'élève autour de ce cordon sur une hauteur de un à trois centimètres : alors se développe, au-dessus du testicule et de l'épididyme, un véritable cul-de-sac dont la forme, les dimensions et les rapports sont sujets à d'assez notables variations.

On dit parfois qu'il y a deux culs-de-sac supérieurs de la vaginale, l'un interne, l'autre externe. C'est là une mauvaise manière de parler : il n'y a jamais qu'un cul-de-sac, mais voici ce qui se passe. Quand la séreuse tapisse seulement la face antérieure du cordon, le cul-de-sac peu développé dans le sens transversal, est seulement préfuniculaire ; quand, au contraire, elle tend à s'enrouler autour de ce cordon et qu'elle en va tapisser les joues après en avoir recouvert le front, le cul-de-sac est, du même coup, préfuniculaire et latéro-funiculaire. Il est quelquefois latéro-funiculaire externe seulement, mais ordinairement bilatéro-funiculaire, interne et externe, en même temps ; en ce dernier cas, la cavité est toujours plus développée en dehors, mais il n'est pas rare de la voir s'étendre assez en dedans pour qu'au total, le cordon, dans une étendue verticale de deux ou trois centimètres, soit aux trois quarts inclus dans le sac vaginal. Cette disposition est — en petit — l'image de celle qu'on observe sur le cheval, le taureau et le bélier où la vaginale entoure complètement le cordon et où elle forme même au canal déférent un grand méso qui l'isole complètement du faisceau de l'artère et des veines. Les schémas ci-joints (*fig. 38 et 39*) permettent de suivre le trajet périfuniculaire que décrit la vaginale de ces animaux.

C'est donc dans ce cul-de-sac supérieur de la vaginale qui, ordinairement, remonte plus haut sur la face externe du cordon que sur la face interne, que repose la partie supérieure de l'épididyme ; elle en occupe le plafond quand il ne s'élève pas le long du cordon ; elle y est plus ou moins enfouie dans le cas contraire. Dans une disposition comme dans l'autre, et suivant le point où la séreuse se réfléchit sur la face postérieure de l'épididyme, cet épididyme peut n'engager dans la vaginale que la portion antérieure, la plus proéminente, de sa tête et

rester en arrière de la séreuse avec les éléments du cordon; ailleurs la tête épididymaire tout entière plonge dans le sac séreux et y devient libre; chez certains individus même (c'est, à la vérité, l'exception) toute la moitié supérieure du corps de l'épididyme flotte dans la cavité, campé sur le dos du testicule. C'est dans ce dernier cas qu'on voit la séreuse, au point où elle se réfléchit des bourses sur la face postérieure de l'épididyme, former un repli falciforme à concavité supérieure qui est comme une sorte de cloison incomplète verticale, antéro-postérieure dressée, en arrière de l'épididyme, entre la moitié droite et la moitié gauche de la vaginale. Ce repli, auquel on peut donner le nom de *repli falciforme rétro-épididymaire*, marque son empreinte sur les moules de matière solidifiable injectée dans la séreuse.

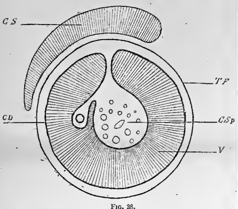


Fig. 38.

COUPE TRANSVERSALE PASSANT PAR LE CORDON POUR MONTRER LA DISPOSITION DE LA VAGINALE ET LE MÉSO DU CANAL DÉFÉRENT (TAUREAU ET BÉLIER).

C Sp : Cordon spermatique. — C D : Canal déférent. — C S : Crémaster strié. — T F : Tunique fibreuse. — V : Vaginale.

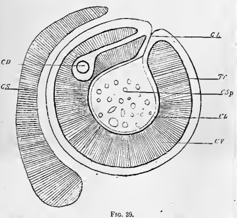


Fig. 39.

COUPE TRANSVERSALE PASSANT PAR LE CORDON POUR MONTRER LA DISPOSITION DE LA VAGINALE ET LE MÉSO DU CANAL DÉFÉRENT (CHEVAL).

C L : Crémaster lisse. — T F : Tunique fibreuse. — C Sp : Cordon spermatique. — C V : Cavité vaginale. — C D : Canal déférent. — C S : Crémaster strié.

La tête de l'épididyme est souvent appliquée directement contre l'extrémité antérieure du testicule; mais il n'est pas rare que le péritoine forme un petit méso aux vaisseaux efférents : la tête épididymaire devient alors mobile et d'autant plus mobile que le méso est plus long. Je donne à ce méso le nom de *ligament épididymo-testiculaire supérieur*.

Le cul-de-sac supérieur de la vaginale communique avec un diverticule qui s'engage le long des éléments du cordon : je reviendrai plus loin sur cette question.

LE CUL-DE-SAC VAGINAL INFÉRIEUR

J'ai déjà montré comment les restes dn gubernaculum testis formaient, à l'extrémité inférieure du testicule, une large surface d'adhérence entre la glande et la tunique fibreuse : c'est là ce qu'on peut appeler le *ligament gubernaculaire;* il est la trace de l'adhésion qui s'opère, pendant la vie fœtale, entre le gubernaculum testis et les fibres inférieures du petit oblique (futur crémaster). J'ai déjà montré comment la vaginale tapisse la face antérieure et les faces latérales de ce ligament crémastérien, qui, dans les cas d'hydrocèle, maintient le testicule à la face inférieure et postérieure de la poche.

La queue de l'épididyme est toujours fixée contre le testicule et directement appliquée contre elle; je n'ai jamais vu la séreuse lui former, comme à la tête du même organe, un petit méso qui lui donnât de la mobilité; cela s'explique, du reste, aisément, puisqu'il n'existe point, au niveau de la seconde, les canaux efférents qu'on trouve au niveau de la première et sur lesquels la séreuse se réfléchit.

LE CUL-DE-SAC POSTÉRO-INTERNE

En se repliant de la face profonde de la tunique fibreuse sur la face interne du testicule, la vaginale forme le *cul-de-sac postéro-interne*. La ligne suivant laquelle la sérense vient tomber sur le testicule et lui adhérer est ordinairement très régulière et décrit, de la tête à la queue de l'organe, une courbe à légère concavité antérieure. Mais, sur quelques sujets, la vaginale vient se jeter snr l'extrémité antérienre et sur l'extrémité postérieure de la glande beaucoup plus en avant qu'elle ne le fait au niveau du corps : la ligne d'adhérence est, dans ce cas, très fortement concave en avant, et c'est alors que la séreuse, devenue, pour ainsi dire, trop courte au point où elle se projette sur la face interne des deux pôles testiculaires, fait à leur niveau saillie dans la cavité séreuse sous forme de deux replis légèrement falciformes qui se regardent par leur concavité et qui limitent, en haut et en bas, le cul-de-sac postéro-interne. Le *repli pariéto-testiculaire supérieur* est concave en bas; le *repli pariéto-testiculaire inférieur* est concave en baut. L'un des deux peut manquer, ordinairement le supérieur.

Fig. 40.

Fig. 41.

Fig. 42.

TROIS FIGURES POUR MONTRER : 1° COMMENT LA VAGINALE PEUT ENTOURER LE CANAL DÉFÉRENT ; 2° COMMENT ELLE PEUT ENTOURER L'ÉPIDIDYME.
E : Epididyme. — T : Testicule. — C D : Canal déférent. — V : Vaginale.

J'ai montré, par des coupes transversales pratiquées snr différents sujets, que le fond du cul-de-sac postéro-interne se rapprochait plus ou moins du canal déférent, en arrière : aussi la face interne du testicule est-elle, dans certains cas, recouverte tout entière par la séreuse et baigne-t-elle complètement dans le liquide de la cavité : tandis qu'en certains autres — et c'est l'ordinaire — elle n'est libre et au découvert dans cette cavité que par sa moitié antéro-inférieure. Plus le cul-de-sac est profond et plus il tend à gagner le bord postérieur du testicule, plus la disposition de la vaginale se rapproche de celle qu'on constate chez le bélier, le taureau, le cochon et surtout sur le cheval. Dans certains cas, j'ai vu la vaginale aller jusqu'au canal déférent qui transparaissait au travers d'elle; même, j'ai rencontré quelques sujets sur lesquels elle l'enveloppait complètement et lui formait un véritable petit méso sous lequel se prolongeait, en manière de diverticule, la grande cavité séreuse, si bien que, dans ce cas, le canal déférent était pour ainsi dire complètement libre, presque flottant dans cette cavité : cette disposition est évidemment exceptionnelle (*fig. 40, 41 et 42*).

LE CUL-DE-SAC POSTÉRO-EXTERNE

Je pourrais répéter ici du cul-de-sac postéro-externe ce que je viens de dire du cul-de-sac postéro-interne : suivant que le reploiement de la vaginale s'opère plus ou moins près du bord testiculaire postérieur, l'épididyme est, ainsi que je l'ai dit, plus ou moins inclus dans la vaginale. J'ai vu des sujets chez lesquels il était tout à fait libre dans la cavité, comme c'est le cas des animaux que je signalais plus haut. Même, chez l'un d'eux, le paquet vasculaire, situé en dedans de l'épididyme, était si bien tapissé sur sa face externe et sur sa face postérieure par la séreuse, qu'il était vraiment à demi enfermé lui-même dans la cavité, comme le montre la figure ci-jointe (*fig. 43*). Au reste, il suffit de se reporter aux schémas que j'ai donnés plus haut des coupes horizontales du testicule et de la tunique vaginale pour se rendre compte de tous les types qu'on peut observer.

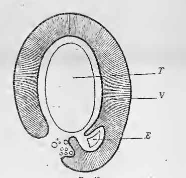


Fig. 43.

FIGURE POUR MONTRER LA VAGINALE S'ENROULANT EXCEPTIONNELLEMENT AUTOUR DU PAQUET VASCULAIRE

E : Epididyme. — T : Testicule. — V : Vaginale.

J'ai déjà dit que sur la plupart des sujets, la vaginale s'insinuait entre le corps du testicule et celui de l'épididyme, mais qu'au niveau de la tête et de la queue des deux organes elle passait directement de l'un à l'autre. Il résulte de cette disposition : 1° qu'entre le corps du testicule et celui de l'épididyme, la cavité vaginale se prolonge et forme un véritable cul-de-sac : c'est la *cavité sous-épididymaire*; 2° qu'en s'engageant sous le corps de l'épididyme, tandis qu'elle s'applique, au contraire, simplement sur ses deux extrémités, la séreuse, au point précisément où elle passe du testicule sous l'épididyme, forme deux replis falciformes concaves, qui se regardent par leur concavité (le supérieur regarde en bas et en arrière, l'inférieur en haut et en avant) et qui limitent l'entrée de la cavité inter-épididymo-testiculaire. Ces deux faux de la vaginale existent chez tous les sujets, mais elles sont plus ou moins marquées, suivant les cas; il convient de les appeler *replis épididymo-testiculaires*. Ils se forment, comme les replis que j'ai signalés sur la face interne du testicule: ils sont dus à la traction qui s'exerce sur la séreuse du fait de sa pénétration dans le sillon sous-épididymaire. La profondeur du cul-de-sac inter-épididymo-testiculaire est très variable, comme l'indique la série des coupes représentées plus haut (*fig. 40, 41 et 42*); quelquefois, c'est à peine s'il y a un léger engagement de la séreuse; ailleurs, celle-ci s'enfonce beaucoup, dépasse les limites de l'épididyme et par dessous l'épididyme atteint le paquet vasculaire.

En se réfléchissant aux différents endroits que j'ai indiqués, la vaginale forme des arrière-cavités, des fossettes et des diverticules qu'il me reste maintenant à étudier.

(A suivre.)

GYNÉCOLOGIE

De l'ascite des jeunes filles.

Par G. Bouilly,

Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Sous ce nom, Cruveilhier a décrit (1) une variété d'ascite se produisant à l'époque de la puberté ou dans les années qui suivent et l'a rangée dans les ascites *idiopathiques*. Dans cette affection, en effet, l'épanchement intra-péritonéal peut sembler constituer toute la maladie; il apparaît souvent sans troubles prémonitoires et après un temps plus ou moins long pendant lequel il peut subir des variations dans sa quantité ou rester stationnaire, il est capable de se résorber et de disparaître. Cette affection que Cruveilhier dit avoir observée « assez fréquemment » ne semble guère avoir été remarquée par d'autres observateurs; Besnier (2) paraît la mettre en doute et, en tout cas, réclame de nouvelles observations pour établir cette interprétation sur des preuves acceptables.

En 1893 (3), me fondant sur un certain nombre de cas traités par la laparatomie et dans lesquels l'opération me permit de reconnaître et de traiter les lésions, j'ai développé cette idée avec preuves à l'appui, que cette variété d'ascite observée chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes doit être rapportée à la tuberculose des trompes et des ovaires et consécutivement du péritoine. J'ai pu constater directement que cette ascite était symptomatique d'une tuberculose génitale, d'une véritable *tuberculose locale* des organes génitaux profonds, plus ou moins propagée au péritoine, suivant l'intensité et l'ancienneté des lésions. Depuis cette époque, j'ai fait plusieurs opérations qui n'ont fait que confirmer cette opinion et dans lesquelles, en coïncidence avec l'ascite et en l'absence même de phénomèmes péri-utérins, j'ai trouvé une tuberculose plus ou moins avancée des trompes et du péritoine.

Si l'on examine les lésions de près, on ne peut se défendre de l'idée que la tuberculose a d'abord envahi la trompe; les lésions y sont portées à leur maximum et y paraissent plus anciennes qu'en tout autre point: la cavité tubaire est remplie de pus ou de magma caséeux; ses parois sont infiltrées de granulations ou de petits foyers ramollis; le péritoine péri-salpingé est farci de granulations tuberculeuses à un degré moins avancé. Même semis de granulations sur l'ovaire, sur les ailerons du ligament large, sur l'utérus et le péritoine pelvien. Mais l'abondance est toujours plus considérable sur les annexes qu'en tout autre point et les granulations y sont véritablement confluentes. Quel que soit le mode d'entrée de la tuberculose, voie sanguine ou voie lymphatique, c'est sur les organes génitaux que semble s'être concentré et surtout localisé tout l'effort de l'envahissement tuberculeux. Je n'entre dans aucun détail sur les lésions anatomiques bien connues de la tuberculose des trompes ou des ovaires, sur les adhérences qui relient les organes entre eux, dévient et fixent les ovaires ou les trompes, agglutinent les anses intestinales entre elles ou avec les organes du voisinage. Je ferai seulement remarquer que la trompe tuberculeuse, renfermant dans sa cavité un contenu purulent ou un magma caséeux, n'acquiert jamais un volume très considérable, ne dépasse guère les dimensions d'un doigt, d'un pouce et n'acquiert jamais les proportions de quelques volumineux pyo-salpinx d'origine gonorrhéique ou puerpérale.

Il est plus intéressant de suivre, à partir des annexes, les progrès de l'envahissement tuberculeux vers les divers points de la cavité abdominale. Dans un premier type, le moins avancé, les trompes, les ovaires et le péritoine qui forme leur enveloppe séreuse, sont seuls ou à peu près infiltrés et recouverts de granulations tuberculeuses. A un degré plus avancé, aux lésions tuberculeuses de la trompe et de l'ovaire, s'ajoutent celles de l'utérus, des ligaments larges, du péritoine pelvien, des anses intestinales qui plongent dans le cul-de-sac recto-utérin. L'utérus, en particulier, peut être farci de granulations dans son revêtement péritonéal. Dans un troisième degré, le péritoine pariétal sous-ombilical, les anses intestinales situées au-dessous et jusqu'au niveau de l'ombilic, sont recouverts d'un semis tuberculeux. Enfin, à un degré plus avancé qui représente le summum des lésions, toute la cavité abdominale, contenant et contenu, est parsemée de granulations tuberculeuses, avec cette particularité importante pour notre cause que les lésions sont toujours les plus anciennes et les plus avancées sur les organes génitaux et dans le petit bassin.

La présence et la quantité de l'ascite ne sont pas en rapport avec l'abondance et l'étendue de l'envahissement tuberculeux du péritoine; on peut constater un épanchement intra-péritonéal abondant avec une tuberculose encore localisée aux trompes, aux ovaires et au péritoine voisin; c'est même, d'après mes observations, dans cette forme de tuberculose limitée aux annexes et au petit bassin, que l'on rencontre les ascites les mieux caractérisées et les plus abondantes; c'est à cette forme de

(1) *Anatomie pathologique générale*, t. IV, p. 60.
(2) Besnier : Art. *Ascite*, *Dict. Encyclop. des Sciences médic.*, t. VI.
(3) *Bullet. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1893, p. 548.

lésion que correspond en général la maladie décrite par Cruveilhier sous le nom « d'ascite des jeunes filles », sans que cet éminent auteur ait eu l'idée et l'occasion de rattacher cette production de liquide à sa cause véritable.

Dans les cas, au contraire, où toute la cavité péritonéale est envahie par le processus tuberculeux, le plus souvent l'ascite fait défaut; la cavité péritonéale n'existe plus, à proprement parler, comblée par les adhérences qui agglutinent les anses intestinales entre elles et avec la paroi abdominale; en outre, le péritoine infiltré de granulations confluentes semble avoir perdu sa propriété de sécrétion et d'exsudation liquides.

Nous ne voulons nullement nous occuper ici de cette forme sèche de la péritonite tuberculeuse dont l'évolution clinique et la physionomie diffèrent totalement de la tuberculose localisée aux annexes et au petit bassin, et s'accompagnant d'ascite; je n'ai en vue que cette forme particulière, forme ascitique, à évolution roide et lente, pouvant se développer presque au milieu des apparences de la santé et sans apporter pendant longtemps beaucoup de changement à la vie ordinaire. Cette forme est caractérisée cliniquement par le développement et la présence d'un épanchement intra-péritonéal ayant la plupart des caractères généraux de l'ascite; anatomiquement, par la tuberculose des annexes et un envahissement tuberculeux propagé plus ou mois au péritoine voisin. L'épanchement abdominal est facile à constater, sinon à reconnaître dans sa nature et dans son siège; les lésions génitales peuvent passer tout à fait inaperçues.

Le type clinique est presque toujours le même et ne diffère guère d'un sujet à l'autre; il s'agit de jeunes filles ou de jeunes femmes, dont l'âge s'étend de 13 ou 14 ans jusqu'à 28 ou 30 ans, limite déjà reculée; le maximum de fréquence paraît être entre 16 et 24 ans; en général, les sujets sont vierges ou nullipares. Le plus souvent, sans douleurs ou après quelques crises douloureuses à répétition, siégeant plus spécialement dans l'un des côtés du bas ventre; l'abdomen augmente de volume d'une façon insensible et en plusieurs mois. Le développement de l'abdomen reste en général dans des limites moyennes; la quantité de liquide ne dépasse guère 4 à 8 litres et n'atteint pas ordinairement les grandes proportions des ascites vulgaires; la circonférence abdominale peut, en outre, être augmentée par une distension gazeuse plus ou moins grande. La malade pâlit, s'anémie, se décolore, peut présenter une légère bouffissure de la face, en même temps qu'elle s'amaigrit et semble frappée dans sa nutrition générale; cependant, le plus souvent, elle n'est pas arrêtée et elle ne vient guère demander avis que préoccupée par le développement exagéré de l'abdomen. Chez presque toutes, depuis un temps plus ou moins long, les règles sont supprimées; il y a une véritable aménorrhée; cette suppression n'est pas fatale, mais elle m'a paru très fréquente.

Le ventre volumineux, contenant du liquide d'une façon manifeste, est loin de présenter le plus souvent les caractères ordinaires de l'ascite; il n'est pas, en général, aplati vers le milieu et élargi au niveau des flancs; plus souvent, il est saillant en avant, déprimé sur les parties latérales, comme dans un kyste de l'ovaire. De fait, l'erreur est facile à commettre et a été commise bon nombre de fois. Aussi est-il intéressant de montrer les difficultés du diagnostic précis du siège de la collection liquide et ce diagnostic entre l'ascite tuberculeuse et le kyste de l'ovaire n'est-il pas un des faits les moins curieux de cette histoire.

L'intestin adhérent et fixé dans le bassin ne peut effectuer avec le liquide les rapports ordinaires constatés dans l'ascite vraie; et les signes fournis par l'examen direct fournissent de ce fait des modifications embarassantes. En dépit de la présence incontestable dn liquide, la sonorité à la percussion peut exister dans l'un des flancs; la région ombilicale et péri-ombilicale peut être mate sans présenter la sonorité ordinaire fournie par la masse intestinale surnageant le liquide. Les divers changements de position imprimés à la malade, le décubitus latéral ne donnent pas les modifications ordinaires de matités et de sonorité dus au déplacement du liquide et de l'intestin. Le toucher vaginal ne permet pas de reconnaître de saillie liquide dans les cul-de-sac vaginaux, ni de ballottement utérin dans une masse fluide, pour le bonne raison que, dans la plupart des cas, les culs-de-sac sont comblés et l'utérus est fixé. En un mot, au lieu d'observer les caractères d'un liquide libre dans la cavité péritonéale, on a plutôt la notion d'une collection incluse et enkystée et, dans nombre de cas, l'hésitation est grande et légitime entre un kyste de l'ovaire et un épanchement intra-péritonéal d'aspect particulier. La difficulté est encore accrue par la résistance de la paroi abdominale instinctivement contractés sous la main qui explore et dont la solidité n'a pas été mise à l'épreuve par des grossesses antérieures.

Certains détails de l'examen peuvent utilement servir pour le diagnostic et doivent être tenus en considération; dans cette forme d'ascite tuberculeuse, la quantité du liquide n'est pas toujours la même suivant les périodes où l'examen est pratiqué. La malade elle-même a conscience des variations de volume de son abdomen et l'examen fait à quelques jours d'intervalle peut faire constater dans les signes des différences et des variations qui ne peuvent être liées qu'à la diminution ou à l'accroissement de la quantité du liquide péritonéal. Pareil changement ne s'observe pas dans un kyste de l'ovaire.

A la palpation, la tuméfaction liquide est mal limitée; elle fuit pour ainsi dire sous la main qui explore, n'offre pas de contours bien nets; elle ne semble pas être localisée, mais elle est plutôt diffuse et étalée. A moins d'une collection volumineuse et tendue, la fluctuation peut rester douteuse et vague. A volume égal de l'abdomen, un kyste, sans parties solides, serait franchement et nettement fluctuant.

Si l'on fait asseoir la malade dans son lit, on peut, dans l'ascite, voir la paroi abdominale refoulée en avant faire saillie au niveau des muscles droits qui cèdent sous la pression intérieure du liquide et font poche en avant. Dans le kyste, la paroi abdominale peut être refoulée en totalité quand la malade se redresse dans son lit, mais elle ne cède pas spécialement au niveau des grands droits. Ce signe du refoulement des droits perd de sa valeur chez les jeunes sujets où l'ascite est en général de volume médiocre et chez qui les muscles de la paroi ont conservé leur tonicité.

L'âge des malades, les troubles de la santé générale, l'aménorrhée, le commémoratif de quelques poussées doulonreuses et parfois fébriles ayant précédé on accompagné le développement du ventre et la production du liquide, doivent être considérés comme des éléments importants de diagnostic en faveur de l'ascite d'origine annexielle tuberculeuse.

En général la palpation est peu douloureuse; dans quelques cas seulement, elle réveille de la douleur dans les parties latérales, sur les bords de l'utérus, dans la région des annexes. Le toucher vaginal ne fournit d'ordinaire aucun renseignement; combiné au palper, il peut faire sentir, sur les côtés et en arrière de l'utérus, des indurations et des tuméfactions, dont la présence est d'une haute valeur pour le diagnostic et permet de rattacher l'épanchement péritonéal aux lésions annexielles. Mais, je me

hâte d'ajouter que ces signes péri-utérins peuvent faire défaut et que leur constatation n'est pas indispensable pour affirmer le diagnostic d'ascite symptomatique d'une invasion tuberculeuse annexielle et péritonéale. Le siège élevé des lésions tubaires et la présence du liquide ne permettent pas toujours de constater ces lésions; mais dans tous les cas d'ascite de cet ordre que j'ai traités par la laparotomie, je ne les ai jamais vu faire défaut.

Je ne saurais indiquer d'une façon absolue la marche de cette affection abandonnée à elle-même; dans deux cas, j'ai vu le liquide se résorber spontanément sous l'influence d'un traitement médical général et de révulsions longtemps prolongées sur la paroi abdominale; une fois après une simple ponction, le liquide ne se reproduisit plus, mais la malade continua à souffrir et dut subir quelques années plus tard une laparotomie qui permit de retirer une volumineuse trompe remplie de pus tuberculeux et recouverte à sa surface de granulations. Dans tous les autres cas, je suis intervenu et je me propose, dans un prochain article, de m'occuper du traitement chirurgical de cette affection et de ses résultats.

(*La Semaine gynécologique.*)

A L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE

L'empyème aigu du tissu maxillaire et sa curabilité spontanée.

Avellis (*Arch. f. Larnygol. u. Rhinol.* vol. IV, fasc. 2, 1896) a recueilli dix cas graves et légers d'empyème aigu du tissu maxillaire.

L'écoulement nasal purulent, quelquefois sanguinolent, irrégulier et n'affectant pas le type intermittent de la suppuration de l'empyème chronique, une sensation de tension dans la mâchoire supérieure, douleur locale à la pression, tels sont les symptômes des formes légères de l'empyème aigu. Il se produit souvent un œdème mou de la joue et de la paupière, au niveau duquel les téguments présentent parfois une teinte rouge foncée. Cet œdème est presque caractéristique; s'il est localisé à la joue, il aide à reconnaître la sinusite maxillaire d'une sinusite frontale aiguë, laquelle est généralement accompagnée d'œdème des paupières. La pression sur la joue est douloureuse, mais il n'existe pas de douleur sus-orbitaire. La rhinorrhée est souvent fétide et ne cesse pas complètement la nuit.

Si le malade, outre ces symptômes, est pris de fièvre, s'il a des nausées, des vomissements, de la photophobie, de l'apathie, l'empième présente une forme grave. Il récidive facilement; un coryza suffit quelquefois à le provoquer de nouveau. D'après ses observations, Avellis a relaté autant de cas bilatéraux que de cas unilatéraux; une fois sur dix seulement, il en a vu le passage à l'état chronique. Des polypes et des sinusites chroniques sont quelquefois des conséquences d'empyèmes aigus.

La guérison est presque spontanée dans les formes légères, mais ces dernières récidivent fréquemment dans un temps indéterminé. Chez chacun de ces malades, Avellis a contrôlé le diagnostic de sinusite et vérifié ultérieurement la disparition de celle-ci par suite de lavages par le méat inférieur. La guérison est progressive, mais lente. Malgré la curabilité spontanée, on intervient quelquefois. Avellis l'a fait chez trois de ses malades, dans deux conditions différentes, lorsque la gravité des symptômes généraux et l'intensité des douleurs ne permettent pas une expectation pure et simple, et quand après trois semaines la guérison ne s'est pas faite spontanément. On ouvre alors le sinus pour y faire des lavages. Ces derniers agissent mécaniquement; de la variété de la sinusite dépendent la curabilité et la rapidité de la disparition. A cet égard, la nature de l'agent pathogène joue vraisemblablement un rôle, lequel est encore indéterminé.

De l'emploi des injections vaginales pendant l'état puerpéral.

M. Ahlfeld (*Centralblatt für Gynœkologie*, n° 38) fait une revue au sujet de l'emploi des injections vaginales pendant l'état puerpéral. Celles-ci sont justiciables de certaines règles, si on veut qu'elles remplissent exactement leur rôle, qui est de désinfecter et de nettoyer le col dilaté.

Bien plus, employée de façon inconsidérée, ces injections chassent dans l'utérus les produits de sécrétion du vagin, qui est plus ou moins infecté dans bien des circonstances. Le liquide de l'injection, d'autre part, s'il ne découle pas facilement au-dehors et s'il reste dans le vagin, peut distendre celui-ci outre mesure; il peut même remplir le col et le segment inférieur. La cicatrisation des plaies du vagin ou du col est retardée tout au moins; des hémorrhagies sont à craindre, une nouvelle infection peut éclater.

C'est pourquoi les injections vaginales comportent une technique qui peut se résumer ainsi : il faut que les canules en verre soient fermées à une de leurs extrémités et présentent des orifices latéraux dirigés de haut en bas et de dedans en dehors. Grâce à cette disposition, le liquide de l'injection va du fond du vagin vers l'extérieur. L'injection doit être commencée sous une faible pression; le liquide ne vient pas alors frapper le col avec force. La pression augmentera peu à peu avec l'injection. Enfin, l'écartement des lèvres de la vulve favorisera l'écoulement facile du liquide de l'injection et empêchera la distension exagérée du vagin.

Cette canule spéciale que recommande Ahlfeld peut n'être pas toujours à la disposition du praticien. Dans ce cas, l'auteur conseille de pratiquer, immédiatement avant l'injection, le nettoyage de l'entrée du vagin avec de l'ouate trempée dans une solution antiseptique. Ce n'est qu'après, que la canule est introduite dans le vagin; l'injection, commencée sous faible pression, est continuée sous une pression de plus en plus forte, à condition que l'écoulement de l'eau se fasse bien. Ce procédé empêche les accès de fièvre et les frissons consécutifs aux injections vaginales.

AUTRICHE

Le phénomène d'accolement dans les tumeurs stercorales.

Gersuny (*Wiener klin. Wochenschr.*) appelle l'attention sur un symptôme, qu'il désigne sous le nom d'accolement, et qui se présente fréquemment dans les tumeurs stercorales ou tumeurs formées par l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin : après avoir comprimé avec les doigts la paroi abdominale contre la tumeur, on éprouve une sensation particulière quand on retire lentement les doigts et quand on fait ainsi cesser la pression. La muqueuse intestinale qui s'était accolée à la tumeur stercorale par la pression des doigts se décolle des matières fécales dès que cesse cette pression, et c'est alors que le doigt éprouve cette sensation de décollement.

Ce phénomène d'accolement ne se produit que si la muqueuse intestinale est bien sèche, que si la masse stercorale se laisse déprimer dans ses couches superficielles, que s'il existe des gaz qui, chassés par la pression des doigts, reviennent décoller la paroi intestinale de la tumeur stercorale.

Le phénomène d'accolement a été vu très nettement par Gersuny dans différents cas. La première fois qu'il l'a vu, il s'agissait d'une femme de trente-deux ans, constipée depuis très longtemps,

ayant même des obstructions intestinales se terminant par une débâcle. La tumeur stercorale avait été prise pour une tumeur de l'ovaire. Quand on opéra la malade, on vit, au lieu de la tumeur diagnostiquée, un côlon descendant distendu par les matières fécales au point d'avoir les dimensions d'un estomac. Aussi la malade fut-elle soumise au massage, à l'électricité, avec lavements d'huile d'olive et d'eau de seltz. La tumeur sous ces influences se désagrégea, elle diminua de volume, et elle fut peu à peu expulsée. Au cours du traitement que nécessita l'opération, l'auteur vit pour la première fois le phénomène d'accolement. Il l'a, par la suite, constaté dans deux nouveaux cas, et l'a signalé comme pouvant être un point utile au diagnostic de certaines tumeurs abdominales.

BELGIQUE

Sur le degré de toxicité des urines des aliénés.

J. Massaut (*Bull. de de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, n° 79) croit pouvoir conclure des chiffres obtenus par ses expériences qu'on peut, au moyen d'injections intra-veineuses faites à des animaux, établir une relation certaine et précise entre la toxicité de l'urine des aliénés et leur maladie. Les conséquences tirées par certains auteurs de leurs expériences seraient bien prématurées. Slosse et Godard avaient démontré déjà que l'injection à des animaux est un moyen peu exact pour juger de la toxicité d'une substance en général.

Le résultat de ses expériences est établi ainsi par l'auteur : les urines normales tuent quelquefois les animaux à des doses très différentes. Les chiffres obtenus avec une urine normale diffèrent sensiblement de ceux obtenus par d'autres auteurs dans les mêmes conditions d'expérience. La toxicité de la même urine est très variable, selon qu'elle est expérimentée sur différents individus de la même espèce animale.

Chez les mélancoliques, la toxicité des urines est parfois diminuée; d'autres fois elle se maintient dans les limites normales.

Les neurasthéniques avec anxiété et dépression ont souvent une urine d'une toxicité moindre.

Les stuporeux ont eu des urines soit plus, soit moins toxiques que les urines normales Pour les maniaques, mêmes observations pour les urines.

La toxicité des urines persiste chez les malades même après sensible amélioration; d'après l'analyse, elles diffèrent peu avec la toxicité qu'elles présentaient durant la période d'état de la maladie.

ITALIE

Des tumeurs amyloïdes du larynx.

Martuscelli (*Archiv. ital. di Laryngol*, 1893) rappelle que Virchow a décrit la dégénérescence amyloïde circonscrite en un point de l'organisme, telles les tumeurs amyloïdes de la conjonctive du larynx. Dans le larynx même, les tumeurs amyloïdes sont multiples et diffuses à l'épiglotte, aux deux cordes vocales et à la région sous-glottique.

L'auteur a récemment observé deux cas de tumeurs amyloïdes du larynx où manquaient la multiplicité et la diffusion précitées. D'autres caractères séparaient encore les deux tumeurs observées par Martuscelli des cas ordinaires. La forme macroscopique mérite, en effet, de fixer l'attention. Les tumeurs se présentaient comme un néoplasme implanté sur l'une des cordes vocales, sessile, de la grosseur d'un pois à peu près. Elles étaient lisses, rosées, et avaient l'allure de fibromes. Ce fut, d'ailleurs, sur le diagnostic de fibromes qu'elles furent extirpées.

L'examen microscopique montra un stroma de fibrilles conjonctives à larges mailles, avec amas de matière amyloïde. Fait intéressant, les parois vasculaires n'étaient pas atteintes par la dégénérescence amyloïde; l'épithélium n'était pas altéré davantage.

L'auteur conclut en émettant l'hypothèse que la rareté des tumeurs amyloïdes du larynx n'est sans doute pas telle qu'on le suppose. Elle tient peut-être à ce que l'absence fréquente d'examen histologique des néoplasmes enlevés sur les cordes vocales les fait méconnaître, d'autant plus facilement que Martuscelli nous démontre la possibilité pour ces tumeurs de revêtir une forme microscopique anormale.

De l'influence des stimulants et des destructifs sur les cellules nerveuses.

M. Valenza (*Atti del. Accadem. di Napoli*) a recherché les effets produits par l'excitation du nerf électrique de la torpille. Il n'a pas observé de modifications sous cette influence, mais il a obtenu des résultats positifs par la stimulation du lobe électrique. Au point d'application des électrodes, il a vu les noyaux des cellules nerveuses se rapetisser et il a vu se produire une hypertrophie de leurs parties centrales.

Il a également examiné les modifications qui se passent dans les différentes zones avoisinant la région nécrosée après cautérisation au fer rouge. La première zone présente les altérations les plus graves : hyperchromatose totale de la cellule, désintégration du noyau. Dans une zone plus éloignée, l'auteur a vu des cellules dont les éléments chromatophiles sont disposés concentriquement au noyau, avec mince et pâle réseau de substance chromatique à la périphérie. Plus loin encore, les cellules nerveuses contiennent des leucocytes capables de donner lieu à des lésions plus ou moins graves. Enfin, le tissu cicatriciel consécutif à cette lésion contient des faisceaux de tissu connectif sans éléments nerveux.

Le travail de Valenza est complété par une étude sur la régénération des centres nerveux du triton. Il se fait chez lui une régénérescence de la partie détruite, dont la principale part incombe au processus des cellules épendymaires.

Ce sont les différentiations de certains éléments du canal épendymaire qui fournissent les neuroblastes. Or, les neuroblastes, on le sait, seront plus tard des cellules nerveuses.

RUSSIE

L'appendicite considérée comme maladie épidémique.

M. Golouboff (*Meditzina*, 1896, n° 12) émet, dans une note préliminaire, l'hypothèse de la nature épidémique de l'appendicite. La rareté de cette affection, puis une brusque apparition de nombreux cas, observés par des médecins de Moscou en sont une preuve à l'appui. Trois cas ont été remarqués dans un pensionnat le même jour chez trois élèves ayant occupé le même banc.

L'appendicite serait provoquée par les microorganismes ordinaires de l'intestin. Sous l'action de causes inconnues jusqu'à présent, le colibacille, le streptocoque et staphylocoque piogènes deviennent à certain moment plus virulents que d'ordinaire.

M. Golouhoff compare les épidémies d'appendicite aux petites épidémies d'angine qui se produisent fréquemment. Divers auteurs, d'ailleurs, ont constaté l'analogie existant entre l'appendicite et certaines angines.

L'auteur fait bien ressortir que les formes légères d'appendicite se confondent facilement avec l'embarras gastrique; les malades éprouvent des douleurs à la région ombilicale, ils sont pris de nausées, puis de vomissements avec léger accès de fièvre quelquefois. Ce malaise ne dure guère plus de deux ou trois jours et se reconnaît par la palpation de la région appendiculocæcale qui est douloureuse. On perçoit quelquefois l'appendice lui-même qui est très douloureux à la pression.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre. — Présidence de M. Monod.

De la pathogénie de l'appendicite.

M. Lucas-Championnière. J'ai vu avec plaisir que je ne suis pas le seul à être réfractaire à cette théorie moderne qui veut reconnaître une seul pathogène et un seul traitement à l'appendicite. (Voir *Gazette médicale* du 19 décembre et précédentes.)

Actuellement on a tendance à rejeter la typhlite et la pérityphlite; on s'efforce de tout mettre sur le compte de l'appendicite. On a même parfois vu de l'appendicite dans des cas où le malade souffrait d'une toute autre affection : ovaro-salpingite, hernie de la ligne blanche. Ce sont là des erreurs de diagnostic qui sont dues à un état d'âme particulier contre lequel je viens tâcher de réagir.

L'appendicite ne me paraît pas pouvoir relever de la théorie du vase clos, théorie simple en apparence et séduisante, mais difficile à soutenir.

Un certain nombre de faits me paraissent très frappants, et contredisent cette façon de voir. Tout d'abord il faut suivre les malades opérés, et l'on peut alors se rendre compte que souvent, après l'ablation de l'appendice, les accidents ne cèdent pas. D'autre part, certaines appendicites guérissent sans l'aide de l'intervention chirurgicale, pour ne plus récidiver.

Je crois, pour moi, que la véritable théorie de l'appendicite est la vieille théorie de l'encombrement de l'intestin, à laquelle il faut ajouter nos idées nouvelles sur l'infection de cet organe. Dans un grand nombre de cas, en effet, on peut remonter à une infection intestinale précise : fièvre typhoïde, entéro-colite.

Un autre fait frappant, c'est la relation qui existe entre les phénomènes d'appendicite et l'alimentation. Je suis persuadé que les sujets atteints d'appendicite sont souvent des sujets qui dévorent, qui ne mâchent pas. De même, s'il y a plus d'appendicites en Allemagne et en Angleterre que chez nous, c'est que dans ces pays on mange plus de viande crue, et que dans ces conditions l'infection intestinale se fait plus aisément. Peut-être est-ce aussi à une question d'alimentation et d'hygiène intestinale qu'il faut ramener ce qu'on a appelé des appendicites familiales.

De ces considérations, on peut conclure combien est nécessaire l'évacuation intestinale. L'évacuation intestinale est certainement le seul mode d'antisepsie vraiment efficace aujourd'hui. Elle a une grande importance au point de vue préventif. Son emploi méthodique débarrasserait de l'encombrement et de l'infection intestinales, et éviterait beaucoup d'opérations.

Je voudrais montrer en terminant à quels écarts on est arrivé en ramenant tant d'affections à des appendicites. Je citerai surtout les suppurations à distance, qu'on a trop tendance à rapporter actuellement à des phénomènes d'appendicite. Ainsi les suppurations sous-hépatiques sont souvent considérées comme relevant de l'appendicite; mais encore faudrait-il démontrer nettement que l'appendice est malade dans ce cas-là. En réalité, on abuse du rôle de l'appendice, et par suite des conséquences opératoires qui en découlent.

Je crois que l'encombrement intestinal a une importance de premier ordre dans la pathogénie des phénomènes englobés aujourd'hui sous le terme d'appendicite. Que l'appendice, dans certaines conditions, soit malade, et présente des lésions faciles à constater, c'est évident; mais ce que je ne puis admettre, c'est qu'en présence de trop nombreuses affections abdominales, on aille systématiquement s'adresser à l'appendice, comme étant la seule source et la seule cause de ces accidents.

M. Félizet. — Je veux apporter au débat la contribution de deux cas de typhlite proprement dite.

On sait que quand l'on opère à chaud l'appendice souvent ne se trouve pas. Cela tient à ce que l'appendice a été détruit par le processus pathologique ou bien encore à ce que l'appendice n'est pas en cause. C'est ce dernier cas que j'ai eu l'occasion de rencontrer chez deux enfants, l'un de 9 ans, l'autre de 14 ans.

En explorant la fosse iliaque dans ces deux cas, j'ai vu la collection purulente en avant et en dehors; il était impossible de pénétrer en dedans. J'ai senti de plus un boudin à paroi épaissie, où les bandes longitudinales du cœur ne pouvaient être reconnues. Chez l'un des deux malades, je pus en outre saisir dans la main l'appendice, tout à fait normal, sans aucune altération

On ne parle plus assez de la typhlite ; ne serait-il pas logique et juste d'admettre que l'appendicite est quelquefois la propagation d'une typhlite ? En tous cas, il serait nécessaire de rendre à cette dernière la place qui lui est due, et si j'ai signalé les deux observations précédentes, c'est que je me suis trouvé en face de typhlite, *dans laquelle l'appendice ne devait nullement être incriminé.*

M. Reclus. -- Un cas que j'ai observé il y a quelques jours me permet de fournir un document important à cette discussion sur l'appendicite.

Récemment j'ai été appelé auprès d'une malade de 32 ans qui, pour des oxajures avait pris un lavement contenant 0 gr. 50 de sublimé pour 300 grammes d'eau. Elle présenta peu après des phénomènes intestinaux qui disparurent au bout de huit à dix jours. Mais douze jours plus tard, éclata une crise d'appendicite très nette, qui du reste guérit assez facilement.

Ce fait a la valeur d'une expérience de laboratoire. L'intestin tout entier avait été malade, après que la malade eut pris son lavement de sublimé. Il guérit, et seules persistèrent des lésions appendiculaires. N'est-ce pas la confirmation de cette idée que l'appendicite tient à la structure spéciale de l'appendice, et surtout à sa richesse en follicules clos ?

Je profite de cette rapide observation pour résumer en quelques mots les théories soutenues dans le cours de la discussion sur la pathogénie de l'appendicite, et en examiner la valeur.

En somme, presque tout le monde ici a combattu la théorie du vase clos. M. Pozzi seul l'a défendue. Une autre théorie a été émise ici par M. Poirier; c'est une théorie mécanique. Cette dernière ne me paraît pas soutenable pour deux raisons : pourquoi les accidents apparaîtraient-ils spontanément, alors que la régression de l'appendice dure pendant les vingt premières années de l'existence environ ? De plus, M. Poirier ne tient pas compte des corps étrangers de l'appendice, dont l'importance ne saurait cependant être niée.

Quant à M. Pozzi, sa théorie me paraît surtout hypothétique. Le bouchon muqueux dont il parle n'a pas été démontré; il le compare à tort à cette ouate qui bouche les metras, en barrant la route aux microbes. Ce serait bien plutôt un excellent bouillon de culture. Aussi je ne crois pas plus devoir me rattacher aux idées de M. Pozzi qu'à celles de M. Poirier. Je considère toujours l'appendicite comme résultant d'une infection évoluant ainsi que je l'ai exposé dans une de nos dernières séances.

M. Poncet. — J'ai déjà, à l'Académie de médecine, essayé de montrer que la théorie du vase clos de M. Dieulafoy me paraissait laisser beaucoup à désirer. Je terminai ma communication en faisant voir que la théorie de M. Dieulafoy repose sur une idée hypothétique, manquant de preuves matérielles suffisantes, et je me rattachai, provisoirement du moins, à la théorie des chirurgiens américains et de M. Roux (de Lausanne), qui font de l'appendicite une maladie infectieuse, analogue à certaines amygdalites.

Depuis le mois de mai, j'ai eu l'occasion d'étudier 12 cas

d'appendicite. Ils n'ont pas changé ma façon de voir. L'appendicite est toujours, à mes yeux, un état infectieux généralisé, avec manifestations inflammatoires du côté de l'appendice.

Hernie inguino-scrotale double.

M. Michaux. — Je suis chargé de vous présenter un rapport sur une communication de **M. Vélain** (d'Evreux), se rapportant à un enfant ayant deux hernies inguino-scrotales, l'une beaucoup plus grosse que l'autre. Dans celle-là M. Vélain a trouvé l'appendice enflammé, avec une fistule du côté de la peau. Il est intervenu, et a obtenu une guérison complète des deux côtés.

L'appendice se trouvait dans la hernie droite. Des recherches bibliographiques me permettent d'affirmer que l'appendice hernié n'est pas un fait très rare. Mais dans les cas d'appendice hernié, on peut remarquer que l'appendice est plus long qu'à l'état normal.

Plus intéressante est la question de l'étranglement herniaire de l'appendice. L'appendice hernié étranglé se rencontre relativement assez peu souvent. L'appendicite herniaire, semblable à celle dont M. Vélain nous donne communication, est particulièrement intéressante, et le fait valait la peine d'être connu, d'autant plus qu'il s'accompagnait d'une fistule cutanée constituant dans l'espèce une complication plus commune. Celle-ci, du reste, n'a entravé ni l'opération ni la guérison.

Présentations de malades.

M. Jalaguier présente une petite fille opérée par lui d'un bec-de-lièvre, chez laquelle il a tout à fait reconstitué la narine par le procédé de Berger. Le résultat est excellent.

M. Dujarier, au nom de **M. Tuffier**, présente un malade chez qui il a fait une extirpation totale de la vessie pour un épithélioma généralisé.

M. Schwartz présente un enchondrome de la tête de l'humérus, sans connexion avec l'omoplate, et qu'il a traité par l'amputation interscapulo-thoracique.

M. Monod présente un enchondrome du cinquième doigt, qu'il a enlevé chez un malade qui en était porteur depuis longtemps.

M. Routier présente une pièce venant à l'appui de ce fait que dans l'appendicite la typhlite ne survient que secondairement, mais qu'elle n'existe pas à l'état de typhlite primitive.

MM. Reynier et **Brun** confirment les idées de M. Routier.

Constitution du bureau pour 1897.

Président : **M. Delens**............ 25 voix.
Vice-président : **M. Berger**.............. 23 —
Premier secrétaire annuel : **M. Nélaton**.... 19 —
Deuxième secrétaire annuel : **M. Reynier**.. 23 —

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre.

De l'origine et de la prophylaxie des maladies infectieuses.

M. Kelsch démontre que de nombreux faits prouvent aujourd'hui que les maladies infectieuses naissent souvent sans contagion. On sait, d'ailleurs, par la bactériologie, que les moteurs pathogènes de beaucoup de maladies contagieuses vivent en saprophytes dans les milieux ambiants ou dans nos cavités naturelles, et que de multiples conditions hygiéniques peuvent leur donner des fonctions virulentes.

En présence de maladies infectieuses, il est toujours utile d'en rechercher l'origine et le mode de propagation pour établir une bonne prophylaxie. De plus, l'hygiéniste s'efforcera d'améliorer les milieux et de les rendre impropres à la culture des microorganismes qui y vivent et peuvent y acquérir des fonctions pathogènes. L'homme lui-même doit être compris dans ces milieux, en ce sens que dans ses cavités naturelles se trouvent les facteurs de toutes ses maladies.

Des moyens de guérir et de prévenir la bosse du mal de Pott.

M. Calot communique ses observations prises sur une partie des enfants bossus qu'il a opérés et démontre qu'une difformité peut, sans danger de mort, sans complications graves, être enlevée complètement ou au moins sensiblement diminuée. L'opération, qui consiste à enlever la cale osseuse postérieure empêchant le redressement de la colonne vertébrale, ne se pratique que dans des cas particulièrement rebelles. L'orateur n'a eu recours que deux fois, mais avec succès, à la résection cunéiforme du rachis. Dans les autres cas, d'ailleurs très nombreux, la correction a été obtenue par des manœuvres externes précédées quelquefois de l'enlèvement des apophyses épineuses saillantes. La colonne vertébrale fléchie en avant doit être remise à sa position normale par une flexion en arrière. On y arrive par des tractions exercées sur les extrémités de la colonne vertébrale. En même temps, l'opérateur exerce une forte pression directement sur la bosse. Les deux segments de la colonne vertébrale se désengrènent et se relèvent : la bosse n'existe plus. Pour maintenir cette correction, le chirurgien applique un appareil plâtré très serré sur le tronc et descendant jusqu'au bassin. Le traitement varie de cinq à dix mois et amène la guérison, sans trace de la difformité ancienne et sans que la santé de l'enfant ait subi d'atteintes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 décembre.

Sur les effets circulatoires de la respiration artificielle par insufflation et de l'insufflation maintenue du poumon.

MM. Tuffier et **Hallion.** — Nous avons rapporté, dans une communication précédente, des expériences exécutées sur des chiens : entretenant chez ces animaux la respiration artificielle par insufflation, nous avons pu pratiquer des opérations diverses nécessitant l'ouverture large du thorax et la mise à nu des poumons; l'opération terminée, on distendait le poumon de manière à expulser l'air de la plèvre, on refermait le thorax, et pourvu que l'asepsie eût été rigoureuse, l'animal survivait indéfiniment, sans aucun désordre respiratoire ou circulatoire consécutif. Nous avons tiré de ces faits des déductions relatives à la chirurgie humaine : on pourrait, disions-nous, grâce à l'insufflation laryngotrachéale réalisée par une canule spéciale que l'un de nous a fait construire, rendre accessibles les organes intra-thoraciques profonds et supprimer les pneumothorax opératoires ou accidentels déterminés par une plaie extérieure.

Ayant en vue cette application pratique, nous avons été conduits à étudier expérimentalement les modifications circulatoires réalisées par l'insufflation intermittente ou respiration artificielle, et par l'insufflation maintenue. Nous avons répété, en les faisant varier conformément au but spécial de nos recherches, les expériences dues à divers physiologistes, Gréhant, Ducrocq, François-Franck, etc.

Chez un chien, nous faisions la trachéotomie, ou bien, pour nous rapprocher des conditions que la canule laryngée rendra pratiquables chez l'homme, nous introduisions par la cavité buccale une canule qui pénétrait dans le larynx et la trachée. La respiration artificielle était installée en temps voulu.

Le thorax ouvert, nous mettions en rapport, avec des manomètres chargés d'une solution d'oxalate de soude, l'artère pulmonaire, l'oreillette gauche et le bout central d'une veine jugulaire ; ces manomètres transmettaient leurs indications à des tambours de Marey. Un manomètre à mercure de François-Franck inscrivait la pression de l'artère fémorale ou de la carotide. Un dernier manomètre enregistreur communiquait avec la cavité pleurale. Enfin, un pneumographe de Marey était fixé sur le thorax. Ces dispositifs étant pris, nous pouvions, en usant d'artifices, qu'il serait trop long de décrire. suspendre et rétablir tour à tour la respiration artificielle, fermer et ouvrir la cage thoracique. pratiquer des insufflations trachéales avec plus ou moins de force; nous pouvions aussi, la poitrine étant close, modifier la quantité d'air contenue dans les plèvres.

Pendant la respiration artificielle. la pression intra-hronchique est, par rapport à la pression atmosphérique, augmentée dans l'expiration,et augmentée plus encore dans l'inspiration ; pendant la respiration naturelle, au contraire, la pression intra-hronchique est augmentée dans l'expiration, mais diminuée dans l'inspiration. De là, dans la respiration artificielle, une compression *permanente* du réseau circulatoire pulmonaire, et, comme conséquence, un accroissement de la pression sanguine en amont de ce réseau, dans l'artère pulmonaire, tout d'abord. Nous n'avons pas à insister sur ces faits que d'autres ont bien étudiés et interprétés. Mais le point qui nous intéresse, et sur lequel nos expériences nous ont nettement fixés, est celui-ci : les modifications introduites dans le *niveau général* de la pression sanguine en deçà et au delà du réseau pulmonaire sont peu importantes lorsqu'on substitue la respiration artificielle à la respiration spontanée dans les diverses conditions que nous avons indiquées tout à l'heure et qui se peuvent rencontrer dans la pratique.

Reste à savoir si l'on peut, sans danger, par une insufflation suffisamment forte et maintenue, réalisant une pression intrabronchique assez élevée, restituer au poumon son volume lorsqu'il est plus ou moins affaissé, expulser l'air qui le sépare de la paroi thoracique, supprimer le pneumothorax. Pour élucider cette question, nous avons varié les expériences.

Lorsque, la cavité thoracique étant close, on insuffle avec force de l'air dans la trachée, la pression artérielle générale s'ahaisse fortement.

Le mécanisme de ce phénomène est connu : stase en amont des vaisseaux intra-thoraciques comprimés par l'air insufflé, anémie en aval. Il est évident que cette manœuvre, surchargeant le cœur droit, puis les veines extra-thoraciques et suspendant la circulation artérielle générale, comporte des dangers pour peu qu'elle se prolonge. On peut, toutefois, faire durer 10 secondes et plus, sans que mort s'ensuive, une très forte compression intra-bronchique.

Si l'on pratique l'insufflation des poumons, le thorax étant largement ouvert, ces organes atteignent leur volume physiologique lorsque la pression de leur contenu gazeux devient égale à leur force élastique normale, qui est de 2.2 à 3.3 centimètres de mercure chez le chien (Ducrocq).

Dans ces conditions, ponr que la circulation pulmonaire se continue, il faut que le ventricule droit entretienne, dans l'artère pulmonaire, une pression supérieure à ce chiffre ; or, il y suffit aisément et il ne pourrait subir, de ce fait, une fatigue appréciable que si l'épreuve se prolongeait longtemps.

Un troisième cas est à considérer : la paroi thoracique, au lieu d'être ouverte très largement, présente un orifice de dimensions plus restreintes.

Lorsque l'insufflation a atteint le degré gue nous venons d'indiquer, la surface extérieure du poumon vient au contact de l'orifice et on la trouve dans les conditions que nous venons d'envisager il y a un instant.

Mais le pneumothorax est-il alors complètement supprimé ? Il le serait si le poumon insufflé prenait exactement sa forme physiologique ; il faudrait, pour cela, que le poumon offrît, suivant toutes ses dimensions, une résistance égale à la distension : autrement dit, il faudrait que les forces élastiques de l'organe fussent parfaitement égales dans tous les sens. En réalité, ces forces élastiques sont relativement plus développées, suivant la ligne qui joint le hile au sinus costo-diaphragmatique. Cela ressort du fait suivant : le troisième espace intercostal étant ouvert, on insuffle le poumon, celui-ci remplit le cul-de-sac supérieur de la plèvre et affleure à la plaie, alors que son hord inférieur n'a pas encore rempli le sinus costo-diaphragmatique, sous cette dernière région, de l'air de même emprisonné ; vainement, pour l'expulser, on augmenterait le degré de l'insufflation pulmonaire : on ne réussirait ainsi qu'à le comprimer, tout en créant une pression intra-hronchique non exempte de dangers. Si l'on tient à déharrasser la plèvre de ce résidu gazeux, il faut faire communiquer l'espace qui le renferme avec l'atmosphère, soit à l'aide d'un drain passant par la plaie, soit à l'aide d'une canule enfoncée par un des derniers espaces intercostaux. Des recherches exécutées sur le cadavre de deux sujets, un homme et une femme, nous ont fourni, à cet égard, semhlahles résultats.

Les expériences que nous venons d'indiquer achèvent, pensons-nous, de justifier l'application à l'homme des procédés qui nous ont réussi chez le chien ; elles contribuent à démontrer l'innocuité de la respiration artificielle sous pression et précisent les conditions qu'on doit réaliser pour rendre efficace et inoffensive l'insufflation destinée à supprimer un pneumothorax accidentel ou opératoire.

Résorption par les voies biliaires.

MM. Wertheimer et **Lepage** ont constaté la part active que prennent les vaisseaux à la résorption des pigments biliaires. Ils ont cherché en outre s'il en était de même pour le pigment hleu. Ils ont donc injecté dans le canal cholédoque une solution d'indigo, sous une pression de 30 centimètres, et ils ont recueilli l'urine de l'un des uretères et le lymphe du canal thoracique. Le hleu apparaît d'abord dans l'urine, ce qui montre que le rôle principal de la résorption du sulfo-indigotate de soude est dévolu aux vaisseaux sanguins.

Période réfractaire dans les centres nerveux.

MM. Broca et **Richet** ont analysé les phénomènes que produit l'excitation électrique des régions motrices de l'encéphale. Ils ont pour cela opéré sur des chiens, et ont vu chez eux une phase réfractaire semblable à celle décrite par Marey pour le cœur de la grenouille, mais plus prolongée. Cette période réfractaire a hien sa cause dans les centres nerveux ; elle ne se montre jamais en effet par excitation directe du muscle.

Causes de la toxicité et des propriétés coagulatrices du foie.

MM. Mairet et **Virès** montrent qu'il est difficile d'affirmer si les propriétés coagulatrices du précipité sont dues à des substances analogues aux matières albuminoïdes. Ils ont démontré en effet l'existence d'un ferment coaguleux, ferment fibrinogène de Schmidt.

L'alcool, de son côté, paraît détruire les propriétés coagulatrices de l'extrait aqueux du foie au bout d'un certain temps. Aussi ne peut-on s'en servir pour séparer les propriétés coagulatrices.

Degré et caractères de la toxicité du foie.

MM. Mairet et **Virès,** après différentes expériences pratiquées sur des lapins. ont constaté que le degré de toxicité de l'extrait aqueux du foie varie entre 8 et 60 grammes par kilogramme du poids du corps. La mort est instantanée avec cette dose.

Le ralentissement du pouls, la diarrhée, de la somnolence, de l'exophthalmie, les attaques sont les phénomènes principaux observés pendant la vie.

Des coagulations dans le cœur et dans les vaisseaux veineux, les congestions particulièrement vers le tube digestif, tels sont les symptômes donnés par l'autopsie.

MM. Mairet et Virès ont trouvé aussi, après diverses recherches, que l'extrait aqueux du foie possède des propriétés toxiques contenues dans le filtratum, alors que les propriétés coagulantes sont renfermées dans le précipité.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les vrais et les faux docteurs en médecine.

Les médecins — et nous entendons par là ceux qui le sont véritablement et qui ont vaillamment conquis leur titre de docteur en médecine — ne voient pas sans une légitime émotion de nombreux officiers de santé se parer du titre de docteur.

Les docteurs en médecine savent combien il leur a fallu faire le sacrifices de toutes sortes pour obtenir leur grade. Les études de médecine sont longues et dispendieuses, il n'est que trop juste que ceux qui les ont poursuivies en tout honneur et jusqu'au bout, recueillent le bénéfice de leurs travaux et de leur persévérance.

Or le public est ainsi fait qu'il se laisse prendre aisément au titre dont on s'affuble, et les officiers de santé qui se font passer près de lui pour des docteurs en médecine causent le plus grand préjudice aux vrais docteurs.

Les malades ont cependant le plus grand intérêt à ne pas être trompés par un titre inexact, ils sont en effet beaucoup plus certains d'être mieux soignés par les docteurs en médecine que par les officiers de santé, l'instruction des premiers étant très supérieure à celle des seconds.

Autrefois les docteurs en médecine trouvaient facilement des débouchés dans les villes. La loi du 19 ventôse an XI, qui a créé les officiers de santé avait pour but de donner des médecins aux habitants des campagnes, elle n'avait du reste qu'une bien médiocre confiance dans les demi-savants auxquels elle donnait le jour, car elle ne leur permettait d'exercer la médecine que dans une certaine circonscription, et exigeait l'assistance d'un docteur dans les cas graves.

Que les temps sont changés ! Les étudiants se comptent aujourd'hui par milliers, les docteurs en médecine pullulent, tous ne trouvent pas à exercer leur profession. Les officiers de santé n'ont plus leur raison d'être, aussi la loi du 30 novembre 1892 les a supprimés et a décidé que dorénavant il n'y aurait plus que des docteurs en médecine.

Est-ce à dire que cette nouvelle loi a en pour but de métamorphoser tous les officiers de santé en docteurs en médecine ? Nullement. Si la loi avait des effets aussi merveilleux, nos législateurs ne manqueraient pas de s'adresser à elle pour avoir les vertus qui peuvent leur manquer.

Les officiers de santé qui veulent obtenir le diplôme de docteur doivent, aux termes de la loi, compléter leur instruction en subissant les épreuves indiquées par le décret du 31 juillet 1893. Les officiers de santé qui ne satisfont pas au désir de la loi restent officiers de santé et rien de plus.

On est porté à croire que la loi, qui a manifesté aussi nettement sa volonté, a établi une sanction dans le cas où les officiers de santé voudraient usurper le titre de docteur en médecine.

La loi est malheureusement restée muette, elle a bien prévu le cas où les docteurs étrangers usurperaient le titre français de docteur-médecin, mais elle n'a pas cru pouvoir supposer que les officiers de santé s'attribueraient faussement ce titre.

Nous reconnaissons que le silence de la loi est profondément regrettable ; un arrêt de la Cour de Paris, du 15 avril 1896, confirmant un jugement rendu par le tribunal correctionnel de Châteaudun, s'est vu dans l'obligation d'acquitter un officier de santé qui avait usurpé le titre de docteur en médecine.

Il ne résulte pas, toutefois, de cet arrêt que les officiers de santé peuvent dorénavant faire suivre ou précéder leur nom du titre de docteur.

Les docteurs-médecins ne sont pas complètement désarmés envers les officiers de santé, ils ont différents moyens pour résister à l'invasion des faux docteurs et empêcher ceux-ci de s'attribuer sans droit la qualité qui leur manque.

La lutte pour l'existence devient de plus en plus pénible, hélas ! Les docteurs en médecine sont forcément appelés à se faire une concurrence vive mais loyale, il importe qu'ils n'aient pas à surmonter d'autres difficultés provenant de la part d'officiers de santé peu scrupuleux.

Les officiers de santé qui usurpent le titre de docteur pour faire appel à la clientèle commettent un acte de concurrence déloyale vis-à-vis des docteurs en médecine ; or, rien n'empêche ceux-ci de s'adresser aux tribunaux civils pour obtenir la réparation du préjudice que leur causent les manœuvres des officiers de santé.

Nous estimons que les tribunaux civils accueilleraient favorablement les demandes de dommages-intérêts qui seraient introduites devant eux par les docteurs en médecine contre les officiers de santé usurpateurs de ce titre, nous croyons même que les docteurs en médecine pourraient efficacement solliciter de ces tribunaux l'interdiction pour les officiers de santé de s'attribuer un titre qui ne leur appartient pas et ce à peine d'une astreinte pécuniaire par chaque contravention. Enfin nous ne serions pas surpris de voir les tribunaux ordonner la publication de leurs jugements dans les journaux, pour mieux démasquer les simili-docteurs.

Les expressions employées par les juridictions correctionnelles qui ont eu à statuer sur la question de l'usurpation du titre de docteur en médecine par un officier de santé permettent de croire que les instances portées devant les juridictions civiles auraient une heureuse issue pour les docteurs en médecine. En effet, le jugement du Tribunal correctionnel de Châteaudun, confirmé par l'arrêt de la Cour de Paris du 15 avril 1896, considère que l'officier de santé qui s'attribue faussement le titre de docteur commet *un acte indélicat*, et l'arrêt de la Cour de Paris dit que c'est un acte *très répréhensible*.

Nous sommes convaincus que les docteurs en médecine atteindront ainsi le but qu'ils doivent se proposer : empêcher les faux docteurs d'imiter plus longtemps le geai de la fable.

P. Couradin,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ

DES 24 ET 26 DÉCEMBRE 1896

EXAMENS DE DOCTORAT

Jeudi 24 décembre, à 1 heure. — *Médecine opératoire, épreuve pratique* : MM. Pozzi, Quénu, Poirier. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Chantemesse, Thiéry. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Ch. Richet, Gley, Wurtz. — 3e Oral (1re partie) : MM. Panas, Tarnier, Nélaton. — 3e (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Marie, Achard. — 3e (2e partie, 2e série) : MM. Joffroy, Debove, Gilbert. — 4e : MM. Pouchet, Netter, Thoinot.

Samedi 26 décembre, à 1 heure. — *Dissection, épreuve pratique* : MM. Quénu, Poirier, Thiéry. — 2e (2e partie, 1re série) : MM. Mathias-Duval, Pouchet, Roger. — 2e (2e partie, 2e série) : MM. Ch. Richet, Marie, Gley. — 5e (1re partie), Chirurgie, Necker. : MM. Le Dentu Albarran, Hartmann. — 5e (2e partie), Necker (1re série) : MM. De-

bove, Joffroy, Marfan. — 5e (2e partie), Necker (2e série) : MM. Laboulbène, Cornil, Ménétrier.

THÈSES DE DOCTORAT

Jeudi 24 décembre, à 1 heure. — *M. Thelliez* : Etudes et observations sur le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde (MM. Laboulbène, Cornil, Roger, Marfan). — *M. Fournier* : Acromégalie et troubles cardio-vasculaires (MM. Cornil, Laboulbène, Roger, Marfan). — *M. Mayet* : Considérations anatomiques sur la vessie de l'enfant ; taille et lithotritie chez l'enfant (MM. Guyon, Berger, Bar, Albarran). — *M. Aron* : Du traitement des fractures de la rotule par le procédé de cerclage (MM. Berger, Guyon, Bar, Albarran). — *M. Bonnetblanc* : Indications du curettage (MM. Berger, Guyon, Bar, Albarran). — *M. Morillot* : La séroréaction et le sérodiagnostic (MM. Proust, Le Dentu, Hartmann, Charrin). — *M. Thouvenet* : Considérations sur les récidives éloignées dans l'épilepsie jacksonienne traitée par la trépanation (MM. Proust, Le Dentu, Hartmann, Charrin). — *M. Choyau* : Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire (MM. Le Dentu, Proust, Hartmann, Charrin).

NOUVELLES ET FAITS DIVERS

HOPITAUX DE PARIS

Par suite du décès de M. Straus, les mutations suivantes auront lieu, à partir du 26 décembre, dans le personnel des médecins :

M. Gingeot passe de l'hôpital Laënnec à l'Hôtel-Dieu ; M. Barié, de Tenon à Laennec ; M. Béclère, de l'hospice Dehrousse à Tenon ; M. Thoinot, à l'hospice Dehrousse ; M. Ménétrier, à la Maison municipale de santé.

Hospice de la Salpêtrière.

Le Conseil municipal vient d'émettre un avis favorable à la création d'un service électrothérapique à l'hospice de la Salpêtrière.

Concours de l'internat.

Epreuve orale. — MM. Brécy, 8; Arnal, 13; Guéry, 16; Pagniez, 15; Dardel, 15; Chevrey, 13; Couvelaire, 17; Ravaut, 18; L. Roche, 7; Pédeprade, 19; Le Maguet, 18; Froussard, 15; Louis Moret, 15; Fresson. 18; Henri Bernard, 17; Gabriel Sicard, 16; Chifoliau, 15; Fossard, 15; Guéniot, 18.

Total des points. — MM. Pédeprade, 45; Couvelaire, 44; Fresson, 43; Guéry, 41; Ravaut, 41; Henri Bernard, 41; Gabriel Sicard, 41; Froussard, 40; Fossard, 40; Chifoliau, 39; Guéniot, 38; Pagniez, 38; Arnal, 37; Dardel, 37; Chevrey, 37; Louis Moret, 37; Brécy, 31; Le Maguet. 30; L. Roche, 28.

Liste de classement des externes.

1 MM. Aguinet, Nau, Chevrier, Verbeck, Mlle Serard, MM. Cottu, Mauhert, Daniel, Morand, Baumgartner, Mesnil, Sauvage, Pédeprade, Esmonet, Guénard, Rathery, Bonneau, Ribadeau-Dumas, Coureménos, Tessier.

21 Jomier, Civatte Tournemelle, Chastenet de Géry, Ambard, Autefage, Leven, Guibal, Gascheau, Mantoux, Voisin, Mercadé, Tillaye, Louis Guiflot, Lenglet, Fontanié, Perpère, Nass, Renon, Brissy.

41 Nicaise, Pouliot, Fatout, Lutier, Monraisse, Neviajski, Lahiche, Bidault, Dévé, Cresson, Aviat, Vinsonneau, Lœwy, Jacomet, Quillier, Laurens, Philippe, Ferry, Fouqué, Morin.

61 Theulet-Luzié, Sikora, Jeannet, Dupuy, Voillemin, Gaucher, Chevrey, Monsseaux, Lemierre, Mlles Medvednikoff, Przeciszewski, MM. Weil, Dieu, Rigollot-Simonnot, Roques, Alquier, André, Collard, Bornait-Legueule, Lahbé.

81 Lieutaud, Beauvois, F. Bouchez, Chauveau, Bruandet, Cornis, Granjon, Ducournau, Onfray, Dreyfus-Rose, Berthier, Cruveilhier, Bourier, Claude, Jalaguier, Binet, Lamouroux, H. Gaillard, Georget, Le Meignen, Célos.

101 François-Daimville, Nollet, G.-C. Roger, Lehhard, Mlle Iscovescu, MM. Ferras, M. Petit, Devraigne, Bournisien de Valmont, Iribarne, Gardner. Berthier, Bourlot, Ruillier, Chevé, Français, Chazet, Chapon, Morély, Paisseau.

121 Lauvinerie, Bonnel, Le Lorier, Cartier. Bouchet, Lorier, Pied, Mallet, Devaux, Janot, Jouhaud, Mary, Roglet, Faure-Beaulieu, Barcat, Pochon, Pellagot, Sénéchal, Thomas, Landowsky.

141 Guéniot, A. Guillot, Vialle, Percheron, Lorenzo, Delvincourt, Dohrovitch, Ripart, Battier, Mulon, Rivier, Fassina, Boidin, Mme Donzeau, MM. Morisetti, Devez, Armand Degorce, Fernique, Le Guern, Doazan.

161 Ménard, Rostaine, Jean Petit, Leroy-des-Barres, Ladevèze, Hervoit, Champ, Cahoche, Tourlet, Lacaille, Rousseau, Gennet, Savignac, Stanculéanu, Arrivé, Sahareanu, Hausser, Alfred Lévy, Aron, Bloch.

181 Cruet, Trihaudeau, Goulard, Leclerc, Decreuse, Leraître. Grosse, Logerot, Tixier, Horteloup, Bigex, Dubar, Durey, Paon, Perrau, Desjardins, Froment, Ferraud, Gauchery, Popbillat.

201 René Roger, Mignon, Lefer, Retournard, Bachmann, Moineau, Cerise, Grillot, Guillemet, Billard, Jullian, Mainguy, Verliac, Tardif, Le Maguet, Loiselet, Slatinéanu, Nicolaïdi, Simon, Poirier de Clisson.

221 Mlle Entz, MM. Trenaunay, Lefilliatre, Lacoste Bussard, Philibert, Marcland, Albert Lévy, Gilet, Raoult, Herscher, Cruchaudeau, Soularue, Verdin. Guisez, Curie, Gougis, Gros-Dévaud, Bonnnard, Warin.

241 Laignel-Levastine, Ducatte, Périn, Follet, Garrigues, Brisard, Compoint, Lhermitte, Vacquerie, Soullard, Roger Saint-Ange, Beaufumé, Bizard, Birman, Mlle Volovatz, MM. Guérault, Villaret, Phellipon, Rahier, Plantard.

261 Milhiet, Bertrand, Poupault, Vaïas, Benjamin Weill, Tintrelin, Glatard, Marlartic, Lejonne, Loubet, Mlle Delporte, MM. Courchet, Colin, Cointepas, Fernand Michel, Massard, Fildermann, Nicolas, Gerst, Daniel.

281 Dommartin, Deshiez, Marchais, Tassin, Guedj-Rahmin, Pigot, Picard, Algret, Provins, Guillemin, Bournaret, Cugnin, Delfau, Raoux, Merklen, Mlle Ziegel, MM. Juy, Barlerin, Thouvenin, Chesneau.

301 Morisseau, Duvernoy, Cuissard, Lucius, Degrais, Guillaume, Triau, Israels, Mlle Birfeld, MM. Lavergne, Grélault, Hazard, Crosnier, Renoult, Papon, Jamet, Bégué, Baranger, Pélicier, de Gorsse.

321 Lacroix, Blotin, Bouchot, Brun, Palle, Yordanoff, Jarois. Mignot, Saint-Cène, Violette, Alphonse Petit, Maillard, Legros, Métivier, Coustols, Matsoukis, Bachimont, Pasquier, Duflos, Bergeron.

341 Boisseau, Thomas. Eonnet, Joseph, Saphary, de Rothschild, Rousseau, Ouvrier, de Léon, Saurain, Desplats, Valette, Vaillant, Spindler, Sichel-Dulong, Costes, Frumusanu, Figueira, Louis Goudard, Letainturier de la Chapelle.

361 Mahoudeau, Simonesco, O'Followel, Duplay, Lecoconnier, Hauviller, Cazès, Phalip, Mieulet, Nigay, Charlot, Bellin, Kermektchieff, Piton, Descomps, Bochory, Lafond, Dennecé, Lehman, Georges Lévy.

381 Chicotot, Fr. Michel, Cailleux, Blum, Mlle Debains, MM. Laisné. Legrand, Semeril, Pelliza, Burgaud, Bluzat, Fahre, Gachet, Hélie, Lafforgue, Ruais, Segain, Narhonne, Petitjean, Bouzanquet.

401 Pascaud, Courtois, Stahl, Armand Bernard.

Le Directeur Gérant : F. de Ranse.

Paris. — Imprimerie des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.